Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr. 32. 6. sierpnia 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

J. R. WĘGIERKO. Warszawa.

Niedocukrzenie krwi w przebiegu cukrzycy.

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor: Prof. Dr. Witold Orłowski.

Pierwsze spostrzeżenia, dotyczące obniżania się poziomu cukru we krwi w ustroju niecukrzycowym, które występowało wskutek wyłączenia z krwiobiegu wątroby, poczynione były przez Bocka i Hoffmana na psach już w roku 1874. Podobne uzależnienie poziomu cukru we krwi od wyłączenia z krwiobiegu wątroby potwierdzone zostało przez szereg autorów (Pavy i Siau Macleod, Montuori i wielu innych). Wreszcie klasyczne doświadczenia, wykonane w latach 1921 i 1922 przez Manna i Magatha, którym udało się pozbawione wątroby psy utrzymać przy życiu przez 34 godzin, pozwoliły stwierdzić, nietylko do jakich granic obniża się u wspomnianych zwierząt cukier we krwi, ale też poznać niektóre objawy kliniczne, związane z niedocukrzeniem krwi. Mann i Magath stwierdzili więc, że po usunięciu wątroby cukier we krwi może obniżyć się nawet do 30 mg%, że występuje przytem wybitne osłabienie mięśniowe, później zaś drgawki, a po dożylnem wprowadzeniu cukru gronowego wspomniany stan zwierząt ulega poprawie.

Widzimy więc, że o stanach, związanych z niedocukrzeniem krwi, wiedziano już od dość dawna, ale niestety spostrzeżenia te nie wyszły poza obręb pracowni doświadczalnych. Dopiero z chwilą wprowadzenia do lecznictwa insuliny niedocukrzenie krwi zostało stwierdzone po raz pierwszy u ludzi, dotkniętych cukrzycą, i zagadnienie to posiada od tej chwili doniosłe znaczenie praktyczne. Dlatego też na zlecenie dyrektora kliniki prof. Witolda Orłowskiego chętnie podjąłem się opracowania tego tematu, rozpatrując go wyłącznie z punktu widzenia praktyczno - klinicznego.

Wiadomo, że stany niedocukrzenia krwi występować mogą również i u ludzi niedotkniętych cukrzycą. Przypadki podobne opisywane były przez nielicznych autorów, a w swoim czasie w kwestji tej również zabierałem głos, przedstawiając szereg historyj chorób, z których wynikało, że często u kobiet otyłych, będących przeważnie w okresie przekwitania, występują objawy kliniczne, świadczące o nagłem obniżeniu się poziomu cukru we krwi.

Niedocukrzenia krwi, występującego u niedotkniętych cukrzycą szczegółowiej omawiać obecnie nie będę, gdyż nie wchodzi to w zakres niniejszego tematu. Co się zaś tyczy niedocukrzenia krwi u dotkniętych cukrzycą, to należy rozróżniać stany, występujące u chorych nieinsulinowanych oraz leczonych insuliną. Przystępując do szczegółowszego rozpatrywania tych stanów, wspomnę o objawach klinicznych niedocukrzenia krwi, czyli o t. zw. zespole hipoglikemicznym. Musimy tu rozróżnić przedewszystkiem:

1) lekkie niedocukrzenie krwi;
2) ciężkie niedocukrzenie krwi;
3) śpiączkę hipoglikemiczną.

Jak wspomniałem wyżej, lekkie objawy niedocukrzenia krwi mogą występować również u chorych na cukrzycę, którzy nie byli nigdy leczeni insuliną. Przypadki te, dość rzadko notowane, poza innemi objawami, charakteryzują się przedewszystkiem napadami wilczego apetytu. Nie posiadamy, niestety, dostatecznej ilości badań cukru we krwi w chwili występowania wilczego apetytu, by stwierdzić, że zawsze nagłemu napadowi głodu u cukrzycych towarzyszy wybitne obniżenie poziomu cukru we krwi. Na zasadzie jednak badań własnych doszedłem do wniosku, że podobne obniżenie stwierdzić można przy częstem badaniu cukru we krwi. Spostrzegałem więc czterokrotnie u chorych na cukrzycę nieinsulinowanych niski poziom cukru we krwi z występującym jednocześnie wilczym apetytem obok innych objawów hipoglikemicznych, niezbyt silnie zaznaczonych. Były to przypadki lekkiej cukrzycy u osób otyłych, a niski poziom cukru występował u nich zazwyczaj po dużem przecukrzeniu krwi (z 233 na 60 mg%). Wielce charakterystyczne jest, że po spożyciu pożywienia węglowodanowego u chorych tych bardzo szybko poziom cukru we krwi wzrastał, sięgając liczb bardzo wysokich, często może niewspółmiernych z ilością spożytych węglowodanów. Fakty powyższe zasługują bezwzględnie na uwagę, tem bardziej, że zazwyczaj w dniach, w których były zaznaczone objawy hipoglikemiczne, spostrzegało się większą ilość cukru w dobowej ilości moczu. Fakt ten należy tłumaczyć nagłym dużym wzrostem cukru we krwi, który miał miejsce po wspomnianem obniżeniu się jego poziomu. Przypadki podobne, aczkolwiek narazie zaliczane do lekkich, najprawdopodobniej w przyszłości mogą okazać się ciężkiemi, gdyż sądzić należałoby, że z chwilą pogorszenia się cukrzycy u wspomnianych chorych i gdyby wystąpiła potrzeba ich insulinowania, byłyby to przypadki, być może, nadczułe na działanie insuliny i nasuwałyby wiele trudności przy leczeniu.

Lekkie niedocukrzenie krwi u chorych insulinowanych spostrzega się dość często. Objawy tegoż charakteryzują się wspomnianym już wilczym apetytem oraz osłabieniem wzroku (ciemno przed oczami), drżeniem kończyn, poceniem się, niepokojem, uderzeniami krwi do głowy z zaczerwienieniem twarzy, lub nagłem jej zbladnięciem, silnem kołataniem serca, połączonem z bólem na mostku oraz w okolicy serca. Objawy powyższe, aczkolwiek są dla chorego bardzo nieprzyjemne, i szczególnie gdy występują po raz pierwszy, wydają się być bardzo groźne, nie kończą się jednak nigdy źle. Występują one niekiedy bardzo często, nawet kilka razy dziennie. Najczęściej jednak zespół ten występuje po wieczornej dawce insuliny. Pamiętać więc należy o możliwości wystąpienia podobnego napadu wśród nocy. Dlatego też wieczorna dawka insuliny powinna być zawsze o wiele niższa, niż dawki poprzednie, a w przypadkach lżejszych, o ile to możliwe, należy unikać wieczornego podawania insuliny.

Pomimo częstości występowania objawy hipoglikemiczne dają się każdorazowo z łatwością opanować (wystarczy spożycie jednej kostki cukru, niekiedy nawet pomarańczy), a po ustąpieniu nie pozostawiają najmniejszych śladów. Już w kilka minut po ustąpieniu lekkiego napadu hipoglikemicznego chorzy czują się zupełnie dobrze i są zdolni do pracy. Dokładne dawkowanie insuliny oraz wyznaczanie odpowiedniej diety powinno w zasadzie chronić chorych od podobnych napadów. Pewne trudności w uniknięciu powtarzających się często napadów hipoglikemicznych nasuwają jedynie przypadki bardzo wrażliwe na insulinę. Są to przypadki zazwyczaj ciężkiej cukrzycy, a wymagają one dużego doświadczenia w układaniu odpowiednich diet oraz racjonalnego dawkowania insuliny. Zdarzają się czasami tak uporczywe w tym względzie przypadki, że niepodobna leczyć ich ambulatoryjnie i zmuszonym się jest chorych takich umieszczać w klinice, by mieć ich ciągle na oku.

Do ciężkich objawów niedocukrzenia krwi zaliczam przypadki, połączone z powikłaniami nerwowo-psychicznemi. Wprawdzie i w lekkich przypadkach niedocukrzenia krwi zaznaczają się niektóre objawy nerwowe (drżenie kończyn), lecz nie wysuwają się one na plan pierwszy, jak to ma miejsce w przypadkach ciężkiego niedocukrzenia krwi. Tu objawy nerwowo-psychiczne pokrywają nawet tak kardynalny objaw, jak wilczy apetyt. Dla ilustracji podobnego stanu psychicznego przytoczę charakterystyczny przykład, zaczerpnięty z piśmiennictwa. Dotyczy on chorego, u którego często występowały lekkie objawy hipoglikemiczne, od których uwalniał się przez spożycie pomarańczy. Chory ten jechał do biura tramwajem i nagle zaczął żonglować pomarańczami, zaczepiał pasażerów, popychał ich, wymyślał i zdradzał chęć do bicia. Wobec podobnego zachowania się odprowadzono chorego do komisarjatu. Tu po stwierdzeniu licznych śladów na skórze od wstrzykiwań zakwalifikowano go jako morfinistę i wstrzyknięto mu w celu uspokojenia morfinę. Rzecz jasna, że zabieg podobny nie uspokoił chorego, a dopiero przypadkowy posiłek, składający się z chleba, przyprowadził go do przytomności. Na szczególną uwagę zasługuje wielce charakterystyczna niechęć tych chorych do spożycia cukru. Twierdzą oni zazwyczaj, że cukier im wzbroniono, a przy dłuższem namawianiu rzucają się na lekarza z pięściami. Ostatnio zdarzyło się w klinice naszej, że chory, zawsze bardzo spokojny, w czasie ciężkiego napadu hipoglikemicznego powalił lekarza na łóżko, chciał go bić i w żaden sposób nie dał się namówić do spożycia cukru. Przyczyna owej „sacharofobji“,

spostrzeganej także i u chorych z początkowemi objawami śpiączki kwasiczej, kryje się głównie w tem, że chorzy, pozostający przez czas dłuższy na diecie bezcukrowej, uważają cukier za wybitną truciznę dla ich ustroju. Trudno również podobnym niespokojnym chorym w czasie napadu wprowadzić cukier dożylnie, pozostaje wobec tego, celem uniknięcia ciężkich objawów, wprowadzenie adrenaliny pod skórę. Jest to jedyny może zabieg, który da się wykonać, nawet u chorych bardzo niespokojnych. Po wstrzyknięciu adrenaliny, podobnie jak po wprowadzeniu cukru, objawy hipoglikemiczne wraz z ciężkiemi objawami psychicznemi dają się dość łatwo opanować. Jednakże chorzy ci nie przychodzą tak rychło do siebie, jak po ustąpieniu lekkich objawów hipoglikemicznych, po ciężkich bowiem objawach niedocukrzenia krwi jeszcze przez kilka godzin lub przez kilka dni są oni bardzo osłabieni i niezdolni do żadnej pracy, a nawet niekiedy muszą leżeć w łóżku.

Jeżeli chorzy z ciężkiemi objawami niedocukrzenia krwi nie otrzymają rychłej pomocy w postaci cukru, mleka lub adrenaliny, to występuje zazwyczaj śpiączka hipoglikemiczna.

W śpiączce hipoglikemicznej mamy do czynienia przedewszystkiem z chorym nieprzytomnym. Ponieważ jednak utrata przytomności występuje zarówno w śpiączce kwasiczej, jak i hipoglikemicznej, odróżnianie obu tych stanów może nasuwać pewne trudności. Prawidłowe rozpoznanie posiada jednak w przypadkach podobnych wybitne znaczenie praktyczne, bowiem postępowanie lecznicze w śpiączce hipoglikemicznej różni się zasadniczo od postępowania w śpiączce kwasiczej. Rozpoznanie śpiączki kwasiczej zamiast hipoglikemicznej, a tem samem i zastosowanie dużych dawek insuliny, może być przyczyną śmierci chorego. Tylko dokładne poznanie objawów klinicznych, cechujących oba te stany, uchroni lekarza od fatalnej pomyłki.

Przedewszystkiem więc należy zwrócić uwagę na drgawki, których pojawienie się w śpiączce kwasiczej należy do wyjątkowej rzadkości, a które w śpiączce hipoglikemicznej występują prawie stale. Można nawet powiedzieć, że w śpiączce hipoglikemicznej mamy do czynienia z pewnem wzmożeniem pobudliwości układu mięśniowo-nerwowego, prowadzącem do większego napięcia mięśniowego. W śpiączce zaś kwasiczej stwierdzamy zjawisko wprost przeciwne, a mianowicie wyraźną hipotonję mięśniową. Toteż nigdy nie spostrzegano, o ile mi wiadomo, w śpiączce kwasiczej szczękoskurczu, a wzmożenie odruchów ścięgnistych tylko w przypadkach wyjątkowych.

Jeżeli przyjąć pod uwagę, że drgawki oraz wzmożenie napięcia mięśniowego idzie przeważnie w parze z alkalizacją ustroju, to bedzie w zupełności usprawiedliwiony brak tych objawów w śpiączce kwasiczej. Pojawienie się jednakże niekiedy drgawek w śpiączce kwasiczej u dzieci świadczyłoby, że alkalizacja ustroju nie jest warunkiem koniecznym do występowania drgawek. Najprawdopodobniej w ustroju dziecięcym, jak wiadomo, wybitnie skłonnym do drgawek, przeważają inne czynniki, być może uzależnione w dużej mierze od układu dokrewno-wegetatywnego, z gruczołami przytarczycznemi na czele, przemiany wapniowej i tak dalej.

Prócz drgawek, szczękoskurczu i napięcia mięśniowego wielce charakterystycznym objawem dla śpiączki hipoglikemicznej jest pocenie się, które nigdy nie bywa spostrzegane w śpiączce kwasiczej. W śpiączce kwasiczej mamy do czynienia zazwyczaj ze skórą bardzo suchą, co idzie w parze z odwodnieniem ustroju, spotykanem w ciężkiej, nieleczonej cukrzycy. Należy jednak pamiętać, że pocenie może wystąpić w śpiączce kwasiczej jedynie w związku z niewydolnością układu krążenia. Jeżeli zatem chorzy nieprzytomni począ się obficie i nie wykazują żadnych objawów tej niewydolności, to bezwzględnie nie mamy w tych przypadkach do czynienia ze śpiączką kwasiczą. Pocenie w śpiączce hipoglikemicznej bywa nieraz bardzo obfite, nieraz tylko słabo zaznaczone (wilgotna skóra), nigdy zaś nie mamy do czynienia w podobnych przypadkach ze skórą wybitnie suchą.

Z innych objawów klinicznych należy zwrócić uwagę na napięcie gałek ocznych, które bywa obniżone w śpiączce kwasiczej, oraz na oddech Kussmaula, jak wiadomo, niepojawiający się nigdy w śpiączce hipoglikemicznej.

Co się tyczy innych objawów klinicznych, jak zachowanie się tętna oraz ciśnienia krwi, to nie wykazują one żadnych zmian typowych, mogących służyć do celu różnicowania omawianych stanów śpiączkowych. Raczej zachowanie się tętna oraz ciśnienia krwi jest ściśle zależne od stanu narządu krążenia. Długo trwająca śpiączka hipoglikemiczna, jak i kwasicza, doprowadza zawsze do osłabienia zarówno ośrodkowego, jak obwodowego krążenia. Przy zachowanej jednak wydolności krążenia śpiączka hipoglikemiczna sprowadza raczej zwolnienie tętna, w odróżnieniu od śpiączki kwasiczej, w której częściej spostrzegamy jego przyśpieszenie. Objaw ten nie bywa jednak na tyle stały, aby można było opierać się na nim przy rozpoznawaniu różnicowem.

Duże znaczenie dla odróżnienia obu omawianych stanów posiadają również wywiady. Wiadomo bowiem, że śpiączka kwasicza w większości przypadków nie występuje nagle, a poprzedza ją t. zw. okres przedśpiączkowy, objawiający się przeważnie bólami głowy, mdłościami, wymiotami, brakiem łaknienia i ogólnem osłabieniem. Tylko w przypadkach wyjątkowych mamy do czynienia z nagłem powstaniem śpiączki kwasiczej. Śpiączka zaś hipoglikemiczna występuje zawsze nagle, niepoprzedzona żadnemi zwiastunami.

Co do badań pomocniczych, mających znaczenie przy różnicowaniu śpiączki hipoglikemicznej i kwasiczej, to na pierwszy plan należy wysunąć określanie cukru we krwi. W śpiączce hipoglikemicznej mamy zawsze do czynienia z wybitnem niedocukrzeniem krwi, które może sięgać liczb bardzo małych, wynoszących nawet 40 mg%. Zaznaczyć jednak należy, że i w tym względzie spostrzega się daleko idące wahania. Obserwowałem nieraz w śpiączce hipoglikemicznej liczby, stojące na pograniczu poziomu prawidłowego, a mianowicie 70 i 80 mg%. Nie ulega żadnej wątpliwości, że nasilenie objawów klinicznych niezawsze idzie w parze z poziomem cukru we krwi. Notowałem nieraz bardzo niskie liczby cukru we krwi (45 mg%), przy których stwierdzałem tylko poty, niepokój, drgawki i zamroczenie, a nie występowała utrata przytomności, natomiast przy niedocukrzeniu krwi miernego stopnia (73 mg%) miała miejsce zupełnie rozwinięta śpiączka hipoglikemiczna. Ową niewspółmierność pomiędzy nasileniem objawów klinicznych a stopniem niedocukrzenia krwi spostrzega się nietylko w śpiączce hipoglikemicznej, lecz także i w zespole hipoglikemicznym zarówno lekkim, jak ciężkim.

Z innych badań dodatkowych należy zwrócić uwagę na rozbiór moczu, określanie zasobu zasad oraz wskaźnika załamania światła (refraktometrycznego) w surowicy krwi. Badania, dopiero co wspomniane, nie mają jednak tak dominującego znaczenia dla rozpoznawania śpiączki hipoglikemicznej, jak określanie poziomu cukru we krwi. Nie posiada nawet znaczenia decydującego stwierdzenie cukru i acetonu w moczu.

Zdarza się bowiem często, że w czasie śpiączki hipoglikemicznej mocz, wydobyty cewnikiem, zawiera cukier oraz aceton, które pochodzą jeszcze z okresu hiperglikemicznego, tem bardziej, że śpiączka hipoglikemiczna występuje nagle, a niski poziom cukru we krwi, jak już wspomniałem, występuje zazwyczaj po większem przecukrzeniu krwi.

Niewielkie również znaczenie rozpoznawcze posiada określanie wskaźnika załamania światła w surowicy krwi. Przyznać jednak trzeba, że w śpiączce kwasiczej mamy zazwyczaj do czynienia z pewnem zagęszczeniem surowicy, a w śpiączce hipoglikemicznej wskaźnik załamania światła bywa normalny, albo wykazuje nieznaczne rozwodnienie surowicy. Większe znaczenie posiada określanie zasobu zasad w osoczu krwi. W śpiączce kwasiczej zasób zasad jest prawie zawsze zmniejszony, podczas gdy w hipoglikemicznej mamy do czynienia z normalnym lub ze zwiększonym zasobem zasad.

Dla lepszego uwidocznienia różnicy pomiędzy śpiączką hipoglikemiczną a kwasiczą, podaję niżej zestawienie głównych cech rozpoznawczych.

Śpiączka hipoglikemiczna:

1) drgawki, szczękoskurcz, zwiększone napięcie mięśniowe.
2) silne poty, wzgl. wilgotna skóra.
3) niema napięcia gałek ocznych oraz oddechu Kussmaula.
4) często tętno zwolnione.
5) nagły początek.
6) obniżenie poziomu cukru we krwi (hipoglikemja)
7) prawidłowe stężenie lub rozwodnienie surowicy (niski wskaźnik refraktometryczny).
8) zasób zasad prawidłowy lub zwiększony

Śpiączka kwasicza:

1) niema drgawek, szczękoskurczu; zmniejszone napięcie mięśniowe.
2) skóra sucha.
3) napięcie gałek ocznych, obecność oddechu Kussmaula.
4) często tętno przyśpieszone.
5) początek przeważnie poprzedzony zwiastunami,
6) wzmożenie poziomu cukru we krwi (hiperglikemja),
7) zagęszczenie surowicy (wysoki wskaźnik refraktometryczny).
8) zasób zasad zmniejszony.

Nim przystąpię do omawiania *leczenia śpiączki hipoglikemicznej,* zwrócę jeszcze uwagę na pewne dane teoretyczne, starające się wyświetlić przyczynę powstania zespołu hipoglikemicznego. Przedewszystkiem zaznaczę, że najprawdopodobniejszą przyczyną powstawania klinicznego zespołu objawów hipoglikemicznych oraz śpiączki hipoglikemicznej nie jest wyłącznie niski poziom cukru we krwi, o czem już wspomniałem wyżej, lecz duże różnice tych poziomów, szybko po sobie następujące (np. z 332 mg% na 57 mg%). Rozważania te, mające charakter wybitnie teoretyczny, nie mogą narazie doprowadzić do ścisłych wniosków, któreby wyjaśniły mechanizm powstawania owych wielkich wahań cukru we krwi. Nie jest bowiem sprawą dowiedzioną, że pod wpływem insuliny cukier ze krwi wędruje do wątroby i tam odkłada się w postaci glikogenu, gdyż możliwe jest również, że cukier ten ulega spalaniu. Z drugiej jednak strony, gdyby tak było w rzeczywistości, to dlaczego wprowadzone wewnętrznie *(per os)* 5 g cukru w okresie hipoglikemicznym, czyli w okresie wzmożonego spalania cukru, nie ulega dalszemu spalaniu, a wprost przeciwnie doprowadza do hiperglikemji. Czy jest możliwe, aby 5 g cukru zdołało wywołać tak zasadniczą zmianę biologiczną w ustroju cukrzyczym? Trudno sobie także wyobrazić, że wprowadzony wewnętrznie cukier tak szybko został wchłonięty i dostał się do krwi, gdyż natychmiast po zjedzeniu cukru wzięta z palca próbka krwi zawiera już o wiele większy odsetek cukru, niż przed zjedzeniem (np. z 78 mg% zawartość cukru podnosi się do 112 mg%). Fakt ten przemawia za odruchowem wyrzucaniem cukru z wątroby pod wpływem bodźca, jakim w danym wypadku okazuje się podany cukier.

Działanie insuliny, doprowadzające do stanu hipoglikemicznego, należałoby sobie uplastycznić, jakgdyby zamknięcie zapory, niepozwalającej na uruchamianie glikogenu wątrobowego w postaci cukru gronowego. Dopiero cukier, podany wewnętrznie, zaporę tę przerywa.

Stojąc na podobnem stanowisku, łatwo uzasadnić postępowanie lecznicze, zarówno w zespole hipoglikemicznym, jak i w śpiączce hipoglikemicznej. Przedewszystkiem trzeba dbać o rychły dopływ cukru do krwi, dlatego też należy przerwać wspomnianą wyżej „tamę“, czyli uruchomić glikogen wątrobowy.

W śpiączce hipoglikemicznej najlepiej wprowadzić naraz pewną ilość cukru do żyły (20 cm^3 roztworu 50% cukru gronowego), następnie zaś wprowadzać stale i powoli cukier dożylnie („kroplówka“ dożylna). Gdy chory odzyska przytomność, przez 3—4 dni podawać mu trzeba pożywienie o dużej zawartości węglowodanów (300—400 g) z małą ilością białka i tłuszczu, wstrzymując się narazie od wstrzykiwania insuliny. Dopiero po upływie kilku dni, jeżeli się okaże potrzeba, rozpocząć ostrożnie wstrzykiwania insuliny.

Wkońcu dodam, że stosowanie środków sercowych i naczyniowych (naparstnica, kofeina, strychnina, kamfora, pituitrol i t. d.) w przypadkach śpiączki hipoglikemicznej powinno być tak samo uwzględnione, jak w śpiączce kwasiczej.

Co się tyczy rokowania, to zaznaczę, że wszelkie stany niedocukrzenia krwi, począwszy od najlżejszych, a skończywszy na śpiączce hipoglikemicznej, dają rokowanie dobre, skoro tylko będą w porę rozpoznane, a tem samem wcześnie będzie zastowane leczenie. Tylko zbyt późno rozpoczęte leczenie może nie dać należytego efektu, a to ze względu na wystąpienie powikłań nieodwracalnych. Przedewszystkiem wchodzi tu w grę niewydolność krążenia, a więc osłabienie mięśnia sercowego i porażenie naczyń obwodowych, co pociąga za sobą spadek ciśnienia tętniczego, przekrwienie bierne w małem krążeniu, obrzęk płuc i t. d. W długotrwającej śpiączce hipoglikemicznej dochodzi również do wylewów krwawych w naczyniach mózgowych. Przyczyna owych wylewów nie jest jeszcze wyjaśniona, wiadomo natomiast, że powikłanie to występuje dopiero po dłuższem trwaniu śpiączki, a wczesne zastosowanie leczenia nigdy nie doprowadza do tego groźnego powikłania.

DONIESIENIA TYMCZASOWE.

Dr. Adam FINKEL. Lwów.

Obraz cytologiczny krwi u ludzi, karmiących wszy.

Z Zakładu Biologji Ogólnej U. J. K.
Kierownik: Prof. Dr. R. Weigl.

W pracowni Prof. Weigla istnieje od lat kilkunastu sztuczna hodowla wszy odzieżowej *(Pediculus vestimenti* Burmeister), prowadzona obecnie na wielką skalę. Utrzymanie takiej hodowli napotyka na pewne trudności przedewszystkiem dlatego, że wszy — jak wiadomo — żywią się wyłącznie świeżą krwią ludzką, ludzi zaś karmiących wszy trzeba za to stosunkowo wysoko wynagradzać. Hodowla taka jest zatem nadzwyczaj kosztowna. Dalsza trudność polega na tem, że nie każdy człowiek, który podejmuje się tego nieprzyjemnego zadania, nadaje się do karmienia wszy. Mianowicie u niektórych osobników wrażliwych występują na skórze już po kilku dniach karmienia tak silne odczyny miejscowe, że muszą zaprzestać tego zajęcia. Wkońcu należy wziąć pod uwagę także tę ewentualność, że we krwi osób karmiących wszy mogą rozwinąć się pewne zmiany chorobowe. Dlatego wskazanem jest przeprowadzać u tych osób co pewien czas kontrolę obrazu krwi i poddać ich obserwacji lekarskiej, aby w razie stwierdzenia szkody na zdrowiu, przerwać karmienie lub przynajmniej zmniejszyć ilość wszy karmionych przez danego osobnika przy równoczesnem odpowiedniem leczeniu.

Możliwość powstania niedokrewności w następstwie przewlekłej utraty krwi budzi zainteresowanie nietylko z wyżej wspomnianych względów praktycznych, ale zasługuje także na uwagę z czysto teoretycznego punktu widzenia. Wiadomo wprawdzie z grubej empirji klinicznej, że nawet małe, ale powtarzające się krwawienia, mogą sprowadzić ciężką niedokrewność, jak np. w przypadkach wrzodu rakowego żołądka; jednak chodzi tu nie wyłącznie o utratę krwi, ale o cały zespół chorobowy, przyczem krwawienie stanowi tylko jeden z objawów chorobowych. Niewiadomo zatem, jaką właściwie rolę w etiologji i patogenezie tej t. zw. pokrwotocznej niedokrewności odgrywają obok utraty krwi, inne objawy oraz sama zasadnicza choroba. Brakło dotychczas ścisłych eksperymentów na dowód, że ustawiczna utrata nawet małych ilości krwi powoduje u człowieka niedokrewnośc. Również zagadnienie, jak wielką musi być ilość krwi straconej, by wywołać kliniczne objawy niedokrewności, pozostało dotąd nierozstrzygnięte.

W tym jedynym w swoim rodzaju eksperymencie codziennego upustu drobnych ilości krwi u ludzi karmiących wszy mogłem z dostateczną dokładnością oznaczyć ilość krwi utraconej. Obliczyłem, że dla wykarmienia jednej wszy zdrowej potrzeba około 20 mg krwi, jednej zaś wszy zakażonej około 18 mg krwi. Jeśli te liczby pomnożymy przez liczby oznaczające ilość wszy wykarmionych w pewnym czasie przez pewną osobę, to otrzymamy ilość krwi straconej w danym okresie czasu przez daną osobę. Suma takich nieznacznych codziennych ubytków dosięgła w jednym z przedstawionych przypadków pokaźnej ilości przeszło 750 g miesięcznie.

Krew pobierano u ludzi badanych naczczo z opuszki palca około godz. 9 rano i badano zasadniczo: 1) ilość ciałek krwi czerwonych i białych w komorze Thoma-Zeissa, 2) ilość Hb. w hemometrze Sahliego, 3) różnicowano leukocyty wedle V. Schillinga w preparatach rozciąganych, barwionych sposobem Pappenheima.

Przy ocenie wyników badań należy uwzględnić, że krew krążąca podlega wpływowi różnych, niekiedy nieuchwytnych czynników, że wahania w ilości ciałek czerwonych do 10% można uważać za fizjologiczne, względnie leżące w granicach błędu technicznego, a zatem, że otrzymane wyniki ilościowe mają tylko o tyle znaczenie, o ile równocześnie weźmie się pod uwagę całokształt obrazu krwi, jakoto własności postaciowe i barwikowe ciałek krwi oraz ogólny stan zdrowia badanych. Naogół nie jest tu miarodajną jednorazowo ustalona liczba, ale raczej dłużej trwająca dążność do niskich względnie wysokich ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny, przyczem przyjmujemy ilość ciałek czerwonych = 5,000.000, Hb = 100%, I = 1 za normę.

Z opracowanych tabel i diagramu oraz z poczynionych obserwacyj wynika, że mniejsze utraty krwi (około 5—10 g dziennie) nie wywołują jeszcze żadnych objawów chorobowych podmiotowych, a w obrazie krwi zaznaczają się raczej dążnością do wysokich ilości ciałek czerw. i hemoglobiny. Dopiero po dłużej trwających silniejszych ubytkach krwi powyżej 10 g dziennie zaczyna się ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny obniżać. W następstwie bardzo wielkich strat krwi powyżej 20 g dziennie spada ilość ciałek czerwonych poniżej 4,000.000, Hb niżej 70%, tak, że wskaźnik barwikowy pozostaje zrazu równy 1 względnie niedużo mniejszy. Występują przytem do pewnego stopnia objawy niewydolności szpiku kostnego, jak pojawienie się młodocianych i zwyrodniałych postaci krwinek. Po przerwie w karmieniu lub zmniejszeniu ilości wszy karmionych następuje szybka hiperregeneracja ciałek czerwonych, co świadczy dowodnie o związku przyczynowo-skutkowym między stratą krwi wyssanej przez wszy a powstaniem niedokrewności, w myśl znanej maksymy: *cessante causa cessat effectus.* Regeneracja hemoglobiny następuje jednak znacznie powolniej niż ciałek czerwonych tak, że wskaźnik wyraźnie spada i rozwija się obraz niedokrewności pseudochlorotycznej (niedokrewności o typie rzekomobladnico-

wym). Równocześnie występują także zmiany morf. i barw. własności ciałek czerwonych jak anizopojkilocytoza, anizohipochromja i polichromazja.

Już od samego początku badań spotykałem tu i ówdzie we krwi badanych szczególnie wydłużone c. czerwone (owalne, półksiężycowate, kiełbaskowate, sierpowate), które w toku obserwacyj a w miarę wzmagania się stanu niedokrewności przybierały coraz bardziej na częstości i wyrazistości. Badania doświadczalne wykazały, że chodzi tu o t. zw. owalo- wzgl. drepanocytemję. Badania te miałem zaszczyt przedstawić bardziej szczegółowo na pos. Tow. Biol., w listopadzie ub. r. (P. G. L. Nr. 29—30, 1933).

Ostatecznie można stwierdzić, że u badanych osób karmiących wszy wskutek codziennego ubytku małych, w sumie jednak miesięcznej dość pokaźnych ilości krwi, występuje niedokrewność a mianowicie niedokrewność regeneracyjna z lekkim odcieniem degeneratywnym, lub dość ciężka niedokrewność regeneracyjna z odczynem degeneratywnym.

Badania omówione mają także pewne znaczenie społecznohigjeniczne, wskazują bowiem na poważne zagrożenie zdrowia wskutek wszawicy. Nędzny, blady wygląd osób zawszawionych względnie wogóle trapionych owadami pasorzytującemi na krwi ludzkiej jest przedewszystkiem wynikiem niedokrewności wskutek ustawicznego ubytku małych ilości krwi. W ten sposób można sobie wytłumaczyć podane przez historję fakty, jakoby pewni sławni ludzie, jak np. Plato, Sulla, kard. Duprat, król hiszp. Filip II i i. zostali zagryzieni przez wszy. Trudno sobie wyobrazić, żeby same zmiany skórne sprowadziły śmierć. Jeśli jednak uprzytomnimy sobie, że już 50000 wszy tylko przy dwurazowem ssaniu zapotrzebowuje 100 g krwi dziennie, to można łatwo przyjąć, że ci nieszczęśliwcy wprawdzie nie zostali dosłownie zjedzeni, ale skrwawieni przez swoje wszy.

Praca pojawi się w Med. Dośw. i Społecznej.

Z. BOHDANOWICZÓWNA i T. JASIŃSKI. Warszawa.

Beztlenowce we krwi w zakażeniach połogowych[1]).

Z Miejskiego Instytutu Higjeny m. st. Warszawy (Kierownik Dr. A. Ławrynowicz) i Z Oddziału Ginekologicznego Szpitala Św. Łazarza (Kierownik: Dr. Z. Zakrzewski).

Bakterjologja beztlenowców mało jest wykorzystywana dla celów klinicznych. Jeśli chodzi o sprawy o charakterze posocznicowym, to najwięcej badań, jak dotąd, dokonywano w zakażeniach krwi połogowych. Wśród wykrywanych drobnoustrojów na pierwsze miejsce wysuwa się tu *bac. perfringens* Welch-Fraenkla (Bingold, Toombs i Michelson, Boez i Schreiber). Źródłem zakażenia są narządy rodne, czasem zaś kanał pokarmowy, gdzie, zwłaszcza w dolnych odcinkach, drobnoustroje te znajdują się stale. Inne beztlenowce, jak paciorkowce, *micr. aerofoetidus, bac. fragilis, b. naebulosus, b. haemophilus,* spotykano znacznie rzadziej; co do niektórych istnieją tylko pojedyńcze wzmianki w piśmiennictwie.

Zakażenie krwi przez *bac. perfringens* może występować w różnych postaciach. Często wywołuje on sprawy ciężkie o przebiegu piorunującym. Czasem obecność jego stanowi raczej niespodziankę wobec łagodnego przebiegu sprawy; bywa też objawem bakterjemji przedagonalnej, gdy spotykamy go we krwi narówni z drobnoustrojami tlenowemi. Ten różny stosunek las. Welch-Fraenkla do ustroju zakażonego zależy poczęści od własności samego drobnoustroju. Zdolności toksynotwórcze las. Welch-Fraenkla dają bardzo szerokie wahania, poczynając od szczepów zupełnie niejadowitych, kończąc na szczepach o wysokiej toksyczności znajdowanych w ciężkich zakażeniach przyrannych. Zasadniczy wpływ na przebieg zakażenia krwi zdaje się mieć jednak natężenie objawów w pierwotnem ognisku chorobowem. Ze względu na obecność tlenu beztlenowce naogół źle rozwijają się we krwi.

Znajdują one lepsze dla siebie warunki w tkankach, zwłaszcza osłabionych przez uraz. Wydzielająca się z ognisk toksyna przedostaje się do układu krwionośnego, wywołuje rozpad czerwonych krwinek, zmniejsza zawartość tlenu, a tem samem stwarza warunki odpowiednie dla bytowania beztlenowców w krwiobiegu.

Duży wpływ na przebieg sprawy wywiera znajdująca się pozatem w ognisku flora drobnoustrojowa, która może wpływać na las. Welch-Fraenkla w sensie zwiększenia jej toksyczności. W przypadkach, gdy ognisko pierwotne jest niewielkie, zawiera mało bakteryj towarzyszących, stan ogólny jest dobry — mamy zwykle do czynienia z przejściową, niewinną względnie, bakterjemją, która nie wywiera większego wpływu na przebieg sprawy.

Wprowadzony przez Boeza sposób posiewania krwi na pożywkach stałych należy uważać za duże ułatwienie w metodyce posiewów beztlenowych: 10 cm^3 krwi zmieszanej ze 100 cm^3 roztopionego agaru z glukozą wylewa się między 2 płytki o kształcie szkiełek zegarkowych, średnicy około 40 cm. Po zastygnięciu brzegi agaru zalewa się wyjałowioną parafiną. Powyższa metodyka umożliwia również wzrost bakteryj o charakterze beztlenowców względnych (paciorkowców, gronkowców, pał. okrężnicy). Pozwala ona zarazem na obliczenie wyhodowanych kolonij, co daje pewne pojęcie o stopniu zakażenia krwi.

Stosując powyższą metodykę u 91 chorych z klinicznemi objawami zakażenia połogowego, wykonaliśmy 103 posiewów krwi. Jednocześnie u chorych tych dokonane były i posiewy krwi tlenowe. Ze 103 posiewów beztlenowych 15 było dodatnich w tej liczbie 8 razy wyhodowano *bac. perfringens* (u jednej chorej dwukrotnie): 6 razy w czystej hodowli, przyczem posiewy tlenowe były jałowe, 1 raz łącznie z *bac. sporogenes*, 1 raz w posiewie beztlenowym był *bac. perfringens*, w tlenowym paciorkowiec hemolizujący. W pozostałych 7 dodatnich posiewach 3 razy wyhodowano paciorkowce, 2-krotnie gronkowce hemolizujące, 1 raz pał. okrężnicy, 1 raz dwoinki gramododatnie; wszystkie te drobnoustroje już w następnym przesiewie dawały dobry wzrost na pożywkach tlenowych. Na 14 chorych, u których posiewy beztlenowe ze krwi były dodatnie, 5 było po porodzie, 9 po poronieniu. Spośród nich 6 zmarło, 2 wypisały się z poprawą, 2 zostały zabrane ze szpitala przez rodzinę, przyczem jedna w stanie bardzo ciężkim, druga w niezłym, 1 została przeniesiona do szpitala zakaźnego z powodu róży, 3 zostały wyleczone.

Zasadniczo przebieg zakażeń wywołanych przez *bac. perfringens* nie różnił się od spraw wywołanych przez drobnoustroje tlenowe. Z opisanej jeszcze przez samego Fraenkla triady objawów charakterystycznych (żółtaczka, hemoglobinurja, ciemne zabarwienie surowicy krwi) hemoglobinurję, połączoną z krwiomoczem, spostrzegaliśmy we wszystkich przypadkach. Żółtaczka wystąpiła w jednym przypadku, bardzo ciężkim, zakończonym zejściem śmiertelnem. Czas trwania choroby wahał się od 2 dni do 8-miu tygodni. Ze strony narządów rodnych żadnych zmian swoistych nie stwierdzono. 8 szczepów las. Welch-Fraenkla posiadało wszystkie cechy morfologiczne i biochemiczne typowe dla danego gatunku. Wszystkie miały własności hemolityczne. W doświadczeniu na zwierzętach zachowywały się różnie. Jeden tylko szczep, zastrzyknięty śwince morskiej w ilości $^1/_2$ cm^3 hodowli bulionowej domięśniowo, wywołał śmierć zwierzęcia przy objawach obrzęku gazowego. Pozostałe dawały tylko obrzęk miejscowy i ogólne niedomaganie zwierzęcia, objawy te ustępowały jednak po 3—4 dniach. Oczywiście brak silnego odczynu w doświadczeniu na zwierzętach nie wyklucza własności chorobotwórczych w stosunku do ustroju ludzkiego. W piśmiennictwie znajdujemy odnośne obserwacje tyczące się tak doświadczeń laboratoryjnych, jak i na materjale klinicznym (Boez, Schreiber).

Zaznaczyć należy, iż w pierwszym przypadku hodowla krwi oprócz *bac. perfringens* zawierała i *bac. sporogenes*, — jest to drobnoustrój z grupy beztlenowców gnilnych, sam przez się niechorobotwórczy, jak wykazały jednak spostrzeżenia Weinberga, hodowany z las. Welch-Fraenkla może zwiększać zjadliwość tej ostatniej.

Pozostaje teraz pytanie, czy obserwowane przez nas stany posocznicowe można uzależnić od obecności las. Welch-Fraenkla we krwi. Zdaje się, iż w stosunku do poszczególnych przypadków odpowiedź ta musi wypaść odmiennie. W grupie złożonej z 5 przypadków związek ten zdaje się być ustalony. Były to przypadki przeważnie o ciężkim przebiegu, z których dwa zakończyły się śmiercią, dwa wypisano ze szpitala bez poprawy. Posiewy krwi tlenowe, kilkakrotnie dokonywane, były jałowe, lub też zawierały banalne bakterje ziarenkowate, którym conajwyżej przypisać można rolę zakażenia wtórnego.

Bardziej skomplikowanym dla oceny jest przypadek, w którym posiew tlenowy trzykrotnie wykazał obecność paciorkowca hemolizującego. W posiewie beztlenowym 1 raz wykryto las. Welch-Fraenkla, 2 następne posiewy były jałowe.

Skłonni jesteśmy przypuszczać, iż obecność beztlenowca we krwi należy traktować tu tylko jako krótkotrwały epizod na tle ciężkiego zakażenia paciorkowcowego. Wreszcie w jednym przypadku chora przybyła z poronieniem w toku, t° ciała dochodziła do 40,2°. Na 3 dzień pobytu w szpitalu poroniła. Po wyskrobaniu macicy, ciepłota spadła do normy i po kilku dniach chora

---

[1]) Całkowity materjał bakterjologiczny, obserwacje kliniczne i piśmiennictwo zostaną podane w pracy przyjętej do druku w „Ginekologji Polskiej".

wypisana została w stanie dobrym. Przypadek ten jest właśnie charakterystycznym przykładem przejściowej niewinnej bakterjemji, pozostającej bez znaczniejszego wpływu na przebieg sprawy.

Z punktu widzenia metodyki wzbudzają również zainteresowanie przypadki (7), w których posiewy tlenowe wypadały jałowo, na płytkach zaś Boeza wykrywano paciorkowce lub gronkowce hemolizujące. Szczepy te w następnych posiewach rosły już swobodnie na pożywkach tlenowych. Wyniki te potwierdzają spostrzeżenia Rosenowa, że hodowanie paciorkowców ze krwi daje lepsze wyniki przy ograniczonym dostępie tlenu.

Na mocy opisanych spostrzeżeń jesteśmy skłonni przypuszczać, iż beztlenowe posiewy krwi zasługują na większe niż dotąd zainteresowanie, mogą bowiem wyjaśnić etjologję wielu dotąd nierozwikłanych spraw o charakterze zakaźnym. Metodę Boeza można uważać za duże ułatwienie tych badań.

St. LEGEŻYŃSKI. Lwów.

Bakterjologja na przełomie. — Bakterjologja a epidemjologja.

Uwagi dyskusyjne.

Podejmując dyskusję z ciekawym artykułem p. prof. Kostrzewskiego (P. G. L. nr. 27. 1933) czynię to, — przyznać muszę — przedewszystkiem z pewnych praktycznych względów. Jeśliby bowiem chodziło o zapatrywanie czysto teoretyczne — to rzeczywiście mikrobiologja i epidemjologja kryją w sobie tyle nierozwiązanych dotąd problemów, że wszelakie próby nowego, — czy czasem tylko wznowionego ujęcia sprawy, działać muszą ożywczo i korzystnie na rozwój tych nauk. Z tego punktu widzenia i zapatrywania Woltera, wznawiające teorje miazmatyczno-klimatyczne Sydenhama i Pettenkofera stanowić mogą jedną z wielu prób wytłumaczenia zjawisk dotychczas nam nieznanych i ciemnych, zwłaszcza gdy pewne dość mgliste dla mnie teoretyczne założenia poprzeć będą mogły ściśle i eksperymentalnie stwierdzone fakty. Sprzeciwiłbym się jednak temu, by bakterjologja aż tak dalece była na przełomie, by zmuszoną była rzucić jako nieważne swe podstawy doświadczalnie stwierdzone i z nich wynikające metody praktycznej walki z chorobami zakaźnemi.

Były takie okresy w historji epidemjologji, np. uznanie nosacizny za chorobę niezaraźliwą przez szkołę alforcką we Francji w XIX wieku i zniesienie na tej podstawie wszelkich zarządzeń ochronnych, — w których przedwczesne porzucenie terenu pewnego dla nowych, a niepewnie ustalonych zapatrywań pociągnęło za sobą wielkie klęski epidemjologiczne.

Nie uważam za konieczne takie stawianie kwestji, jakoby nauka o zmienności bakteryjnej, o ewentualnej cyklogenji bakteryj stanowiła przełom, obalający wszystkie dotychczasowe założenia mikrobiologji. Raczej widzę w nich nowy postęp, wyjaśnienie rzeczy dotychczas ciemnych, ale nie zawsze i nie we wszystkiem sprzeciwiające się klasycznej mikrobiologji, zwłaszcza gdy przebrzmią liczne rewelacyjne, jak zwykle w pierwszych okresach. doniesienia i gdy nauka o zmienności skrzepnie w swych krytycznie określonych granicach.

Już nawet dobór przykładów, przytoczonych przez p. prof. Kostrzewskiego przemawia za takiem właśnie ujęciem tego zagadnienia.

Oto dla motywowania stanu przełomowego w bakterjologji mamy przytoczone dwa schorzenia zakaźne, jedno to choroba Banga — schorzenie nowe i niedokładnie poznane, drugie to schorzenia wywoływane przez pałeczki z grupy durowo-rzekomodurowo-okrężnicowej. Czyżby ta właśnie grupa drobnoustrojów co do swej systematyki i działania chorobotwórczego odpowiadała jednak w zupełności wszystkim wymogom klasycznej mikrobiologji? Biorę pracę Gotschlicha z przed 1911 roku, a więc z ery nieprzesiąkniętej jeszcze zapatrywaniami o zmienności bakteryj i widzę wyraźne stwierdzenie, że o ile prawie wszystkie zarazki chorobotwórcze posiadają swoje trwałe i swoiste cechy, to wyjątek stanowią pewne pałeczki z grupy rzekomodurowej i czerwonkowej nieprzedstawiające dostatecznie ustalonych gatunków. Nowa nauka o zmienności tłumaczyłaby zatem fakty w dawnych czasach stwierdzone i obserwowane i raczej — w tym wypadku — uzupełniała dawne braki, jak obalała dawne podstawy. Systematyka i podział pałeczek grupy durowo-okrężnicowej zawsze pozostawiał i pozostawia dużo do życzenia, ale czy musimy to samo o wszystkich zarazkach chorobotwórczych powiedzieć?

Mimochodem tylko wspomnę tu o tem, że naprzekór całej erze zmienności ostatnie badania Savage-Bruce White'a, Kauffmanna i innych, opierające się na niezmiernie zastrzonych w swej swoistości odczynach zlepnych (swoiste i nieswoiste fazy Andrewesa, zlepiania ziarniste i kłaczkowe Weila i Felixa, dysocjacyjne postacie szorstkie i gładkie i t. d.) po raz pierwszy dają próby pełnej i skończonej systematyki grupy durowo-rzekomodurowej z zaprzeczeniem wszelkich tłumaczeń zmiennościowych. I Kauffmann np. podtrzymuje na podstawie dokładniejszego jak dotychczas rozpoznania zarazków z tej grupy naukę o zakażeniu przez zetknięcie się z chorym czy roznosicielem wydzielającym np. pałeczki rzekomo-durowe typu B *(Bact. paratyphi Schottmüller)* w przeciwieństwie do braku możliwości tego rodzaju zakażenia u chorych, zakażonych np. pałeczką zatruwaczem typu B *(Bact. enteritidis breslaviense)*.

Druga sprawa to zakażenie pał. ronienia zakaźnego u bydła, wywołujące u ludzi t. zw. chorobę Banga. Spotykamy uwagę, iż nic nie zrobiono, by wytłumaczyć momenty epidemjologiczne z tą chorobą związane i że pierwsze próby w tej mierze stanowią rozważania Woltera. Pozwolę sobie zaznaczyć, że i ja, opisując przypadki tej choroby, w pracy mojej podniosłem pewne momenty epidemjologiczne, któreby mogły tłumaczyć fakt rzadkich zachorowań człowieka wobec wielkiej możliwości zakażenia, widząc je obok specjalnych wymogów tlenowych pał. Banga i słabej jej naogół zjadliwości dla człowieka (różnice od pał. maltańskiej) przedewszystkiem w drodze zakażenia, od skóry następującego, a sprzeciwiając się możliwości zakażenia drogą spożycia mleka. Zapatrywania te zyskują dzisiaj coraz więcej na uznaniu zwłaszcza po wynikach prac Thomsena*).

Faktem jest niezaprzeczonym związek tak gorączki maltańskiej jak i choroby Banga z pewnemi warunkami klimatycznemi. Tak jak pierwsza skupiła się głównie w basenie śródziemnomorskim, nie przekraczając pewnej granicy szerokości geograficznej (w Ameryce tylko stany południowe), tak i choroba Banga u ludzi, mimo że zarazek jest na całym świecie silnie rozpowszechniony, skupia się głównie w basenie bałtyckim, — największe ilości zachorowań widzimy w Danji, mniejsze w Szwecji i Niemczech Północnych, b. rzadkie w krajach innych. w miarę oddalania się od Danji. I bez wątpienia przyjąć tu potrzeba momenty pewnej dyspozycji ze strony człowieka, zależnej od warunków klimatycznych, ale czy tem samem rzucić należy całą naukę mikrobiologji i wracać do teorji bliżej nieokreślonych, tajemniczych miazmatów? Czyż do pewnych ciemnych bez wątpienia zagadnień epidemiologji nie prowadzi droga raczej poprzez bliższe zbadanie istoty pasorzytnictwa i współżycia między organizmem wyższym a drobnoustrojem, w pracach Ch. Nicolle'a o zakażeniu utajonem, w epidemjologji doświadczalnej autorów angielskich, w zagadnieniach odporności symbiotycznej (wśródzakaźnej) Hirszfelda?

Sądzę, że w tym kierunku idąc i nie rzucając dróg, wytyczonych przez Jennera, Pasteura, Kocha, Miecznikowa, poznamy bliżej i zwiążemy ściślej ze sobą kierunki dziś rozbieżne mikrobiologji i epidemjologji, nic jednak nie zmusza nas do tego, by przecząc faktom w tak wielu wypadkach pewnym, — np. o zakażeniu przez zetknięcie — uznać za słuszne zapatrywania Woltera.

Piśmiennictwo:

1) Gotschlich E.: Kolle-Wassermann. 1911. T. 1, str. 155. — 2) Kostrzewski J.: P. G. L. 27. 1933. — 3) Legeżyński St.: Rozp. Biol. T. VI. 3—4. 1928. — 4) Thomsen A.: Om nogle Erhvervs serologiske Reaktionsforhold overfor Abortbacillen. 1930 i dalsze 1931. — 5) Wolter F.: Bangsche Krankheit beim Menschen. 1931.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. G. KREMER. Warszawa-Otwock.

O przedziurawieniu wrzodu żołądka i dwunastnicy.

Na wstępie dla unaocznienia sobie przedziurawienia wrzodu żołądka słów kilka co do umiejscowienia i rozmiarów tego przedziurawienia.

Umiejscowienie przedziurawienia wrzodu żołądka bywa zazwyczaj na przedniej ścianie żołądka, jak to stwierdzają zarówno chirurdzy, jak i anatomo-patolodzy.

Wielkość otworu perforacyjnego bywa różna — od główki zapałki do monety dwudziestogroszowej.

Pozatem stosunek ilościowy przedziurawień wrzodów dwunastnicy do żołądkowych większość autorów określa jak 1 : 2—4.

---

*) Zagadnienia te omówię dokładniej w referacie na zjeździe poznańskim.

Ponieważ wogóle stosunek ilościowy wrzodów dwunastnicy do żołądkowych ustala się jak 1:2, to z tych danych wynika, że liczba przedziurawień wrzodów żołądkowych jest o wiele pokaźniejsza od liczby przedziurawień wrzodów dwunastnicy i wobec tego przedziurawieniom wrzodu żołądkowego z praktycznego punktu widzenia trzeba udzielić więcej uwagi.

Sprawa rozpoznania przedziurawienia wrzodu żołądka lub dwunastnicy wcale nie jest taka łatwa, jakby się na pierwszy rzut oka zdawało, (w dalszym ciągu niniejszej pracy „przedziurawienie wrzodu żołądka lub dwunastnicy“ będziemy oznaczali przez p. w. ż. l. d.).

A m b e r g e r podaje na 38 przypadków, w których na stole operacyjnym stwierdził p. w. ż. l. d., 5 z rozpoznaniem przedoperacyjnem zapalenia otrzewnej pochodzenia wyrostkowego; a więc 13% rozpoznań omyłkowych.

M e y e r i B r a u n stwierdzili na swoim odnośnym materjale chirurgicznym 62 chorych — w przypadkach wczesnych prawdziwe rozpoznanie przedoperacyjne w 85%; w przypadkach zaś przedziurawienia stadjum późniejszego z zapaleniem otrzewnej i bębnicą — rozpoznanie wlg. nich, jak zarówno i innych autorów, staje się trudniejsze: a więc 15% rozpoznań omyłkowych w okresie wczesnym, większy zaś % w okresach późniejszych.

P a u g g e r zupełnie szczerze przyznaje się do tego, że na 89 przypadków p. w. ż. l. d., obserwowanych na klinice S a u e r b r u c h a za czas od 1. I. 1920 do 31. III. 1928 r. przypuszczano mylnie w 1/4 części przypadków, t. j. w 25%, sprawę wyrostkową. 3 razy przyjęto na klinice p. w. ż. l. d. za ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego.

Należy również wziąć pod uwagę, że część materjału, szczególnie na głębokiej prowincji, oddalonej od zakładów chirurgicznych, wcale nie dostaje się do rąk chirurga z powodu utrudnionego transportu lub śmierci chorego, która czasami szybko następuje (F i n s t e r e r donosi o jednym, na szczęście należącym do rzadkich, przypadku z rozlanem zapaleniem otrzewnej, które osiągnęło najwyższy stopień już w 4 godziny po przedziurawieniu), część zaś, chociaż i dostaje się do chirurga, nie zostaje operowaną z powodu bardzo ciężkiego stanu ogólnego w związku z daleko posuniętem zapaleniem otrzewnej, — nie wszyscy chirurdzy operują w takich stanach; w tych oto przypadkach — naturalnie o ile nie było sekcji — chirurgicznego sprawdzenia rozpoznania niema. Ponieważ są to po większej części przypadki późne, gdy rozpoznanie nastręcza większe trudności, to w tych przypadkach % rozpoznań omyłkowych prawdopodobnie przewyższa przeciętny % rozpoznań nieprawidłowych.

Dlatego też śmiało rzec możemy, że niedalecy będziemy od prawdy, o ilebyśmy określili odsetek rozpoznań nieprawidłowych p. w. ż. l. d. w przybliżeniu na 30%.

P. w. ż. l. d. przebiega od chwili powstania, szczególniej na początku, tak alarmująco, że zwykle wzywa się lekarza i cały prawie materjał dostaje się pod naszą obserwację: to nakłada na nas tem większą odpowiedzialność rozpoznania tych wszystkich przypadków. Odpowiedzialność ta potęguje się jeszcze 3 następującemi momentami:

1) Gdy zaniechanie interwencji chirurgicznej daje zejście śmiertelne prawie we wszystkich przypadkach, interwencja daje duży odsetek wyzdrowień.

Przebieg odmienny ma nieznaczna ilość przedziurawień, tak zwane przez Niemców *„gedeckte Perforationen“*, przez Francuzów *„perforations couvertes“*, które otwierają się do przestrzeni ograniczonych zrostami, wytworzonemi w okolicy przedziurawienia jeszcze przed jego nastąpieniem. Wówczas zazwyczaj wytwarza się ropień umiejscowiony w tej przestrzeni; w tych przypadkach czasami następuje wyleczenie dzięki otwarciu ropnia przez chirurga lub przez jego naturalne wessanie się, ewentualnie przez jego przebicie nazewnątrz lub do jakiegoś odcinka jelita. Przypadki takiego samoistnego wyleczenia są jednakże rzadkie i najczęściej o wyniku tymczasowym. Bywają również przypadki, w których otwór zostaje przykryty przez sieć, wątrobę, okrężnicę i t. d. i wtedy objawy przedziurawienia są zazwyczaj mniej zaznaczone; są to tak zwane przypadki podostre, w których czasami następuje poprawa, także często o charakterze przejściowym.

2) Słusznie zaznaczył A m b e r g e r, że „rzadko kiedy w przebiegu chorób chirurgicznych los chorego do takiego stopnia zależny jest od rozpoznania najpierw zawezwanego lekarza, jak w przypadku p. w. ż. l. d.“. Jest to jednomyślny głos wszystkich chirurgów, że im wcześniej taki chory dostaje się na stół operacyjny, tem pewniejszy jest wynik operacyjny. Według K r e c k i e g o pierwszych 6 godzin po przedziurawieniu decyduje o losie chorego. Następująca tablica wykazuje w % ogólny wynik operacyjny wlg. rozmaitych autorów w zależności od czasu, który upłynął od początku przedziurawienia:

Czas od pocz. przedz.	Ilość przypadków	Chirurg	% śmiertelności	% ogólny śmiertel.
6 godzin	?	Wilmoth	0	
	58	Schwarz	1,7	
	49	Chevrier	2,0	
	46	Sauerbruch	4,3	
	21	Kunz	4,8	
	?	Krecke	5,0	
	43	Steichele	9,3	
	47	Naumann	22,5	
6—12 godzin	23	Sauerbruch	21,7	
	?	Krecke	30,0	
12—24 godzin	11	Sauerbruch	54,5	
12—36 godzin	?	Krecke	90,0	
12— ? godzin	?	Mühsam	80—86	
24— ? godzin	4	Sauerbruch	75	
	85	Sauerbruch		18,8
	62	Meyer i Braun		29
	35	Radliński		45,7
	240	Mühsam		50,4

3) Im wcześniej postawi się prawidłowe rozpoznanie, tem lepszy będzie wynik operacyjny, nietylko w sensie rezultatu natychmiastowego, lecz i odległego. Interwencja chirurgiczna w przypadkach późnych i bardzo ciężkich ogranicza się do zabiegu, wymagającego najmniej czasu i rozległości: a więc do zaszycia przedziurawienia; czasami chirurg decyduje się w tych warunkach, przy perforacjach bliskich odźwiernika, gdzie zeszycie daje znaczne zniekształcenie żołądka i grozi większem zwężeniem i tak zazwyczaj zwężonego odźwiernika — również na zespolenie żołądkowo-jelitowe, ale rzadko kiedy dokona w tych warunkach resekcji. T r w a ł e zaś rezultaty dają gastroenterostomja lub resekcja, a te zabiegi wolno zazwyczaj dokonywać tylko w przypadkach wczesnych przy zadawalającym stanie ogólnym i małych zmianach otrzewnowych.

Z powyższego widać, że od rozpoznania trafnego i to wczesnego w dużej mierze zależy życie i trwałe wyzdrowienie chorego. Jeżeli zaś mamy mniejwięcej 30% omyłkowych rozpoznań i dużą ilość opóźnionych — te ostatnie niezawsze wskutek późnego dostania się chorego pod obserwację lekarską, lecz z powodu pierwotnego wahania się lekarza co do rozpoznania, a które to przypadki statystycznie trudno ująć, — to poniekąd dlatego, że istnieje duża ilość chorób imitujących swemi objawami p. w. ż. l. d. i że diagnoza przy obecnych środkach rozpoznawczych czasami jest bardzo trudna, a nieraz wprost niemożliwa.

Jakie inne choroby zasłaniają swojemi objawami jasność obrazu chorobowego p. w. ż. l. d.?

W zakres różniczkowania wchodzą następujące choroby:

1) ostre zapalenie trzustki z szybko postępującem ropieniem lub zgorzelą tego organu; 2) zapalenie wyrostka robaczkowego, przebicie tego organu do jamy otrzewnowej, ewentualnie zapalenie otrzewnowe pochodzenia wyrostkowego; 3) uwięźnięta przepuklina przeponowa; 4) skręt kiszek, ewent. stan zapalny uchyłka M e c k e l a; 5) ropień podprzeponowy; 6) przebicie kamienia żółciowego i wylew żółci do jamy otrzewnowej; 7) urazowe pęknięcie wątroby; 8) urazowe pęknięcie śledziony; 9) urazowe lub nieurazowe przebicie innych poza żołądkiem i dwunastnicą organów do jamy otrzewnowej; 10) zakrzep żyły krezkowej; 11) atak kolki żółciowej, ewent. zapalenie pęcherzyka żółciowego; 12) atak kamicy nerkowej; 13) ostre zapalenie miedniczek; 14) ostra rozstrzeń żołądka; 15) skurcz spastyczny naczyń brzusznych; 16) atak miażdżycy naczyń wieńcowych serca ze szczególnem umiejscowieniem bólu w nadbrzuszu; 17) *crise gastrique;* 18) ropień lub zgorzel dolnego płata lewego płuca; 19) odma piersiowa lewostronna samoistna; 20) pyo-pneumotoraks lewostronny; 21) zapalenie lewej opłucnej, szczególnie ze strony przepony; 22) newralgja międzyżebrowa; 23) kolka ołowiowa i t. d.

Każda z wymienionych postaci chorobowych posiada swoje charakterystyczne objawy, subtelne szczegóły i jeszcze subtelniejsze szczególiki, ale nieraz zdarzają się postacie nietypowe, wyjątkowe, — w praktyce zawsze można się spotkać z jakąś formą wyjątkową — skomplikowane, o objawach zupełnie przypominających p. w. ż. l. d., lub odwrotnie: objawy p. w. ż. l. d. czasami na tyle imitują objawy wyżej wyszczególnionych chorób, że z łatwością mogą wprowadzić w błąd nawet doświadczonego lekarza.

Prawda, że z punktu widzenia praktycznego, t. j. korzyści dla chorego, wzięcie p. w. ż. l. d. za jedną z pierwszych 10 kategoryj chorobowych lub odwrotnie w niczem nie zmieni decyzji lekarza co do interwencji chirurgicznej; inaczej, jak operacyjnie sprawy te nie są traktowane.

Ale jak niebezpiecznie, nieraz wprost fatalnie dla chorego wypadnie odciąganie lub odkładanie operacji, wówczas gdy każda godzina zwłoki tai w sobie, jak o tem była mowa wyżej, moment niebezpieczeństwa. Pomiędzy zaś temi 10 kategorjami mogą się znaleźć pewne przypadki, co do których interwencja natychmiastowa w pewnym okresie choroby nie jest wskazana, a nieraz nawet szkodliwa i lekarz ze spokojnem sumieniem odkłada operację na kilka godzin lub nawet i więcej.

Z drugiej strony, jak szkodliwą okaże się dla chorego interwencja chirurgiczna w kierunku żołądka lub dwunastnicy w kategorjach chorobowych, niewymagających wcale interwencji (lub w każdym razie nie w oznaczonym kierunku), a które są u nas wyliczone zaczynając od punktu 11, lub też interwencja niewłaściwa, naprz. apendektomja z ominięciem kontroli żołądka lub dwunastnicy w przypadkach rzeczywistego przedziurawienia.

Jeżeli zaś przyjmie się p. w. ż. l. d. za jedną z tych ostatnich postaci chorobowych (od punktu 11), to rzecz jasna, że chirurg nie będzie interwenjował — z wyjątkiem może przypadków Nr. 18 i 20 i to zupełnie w innym kierunku, a wówczas rezultaty tego przeoczenia będą fatalne.

Zresztą różniczkowe rozpoznanie pomiędzy p. w. ż. l. d. a sprawą wyrostkową lub innemi, odbywającemi się w dolnej części jamy brzusznej, ma znaczenie dla chirurga w sensie wyboru odpowiedniego miejsca na powłokach dla dokonania laparotomji. Nie może pozostać obojętne dla chorego i lekarza, jeżeli dokonane cięcie przebiega wzdłuż linji białej od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego, gdy w rzeczywistości mamy nie przedziurawienie żołądka, lecz sprawę wyrostkową i w razie ścisłego rozpoznania to samo cięcie można byłoby ograniczyć do małych rozmiarów, jak dla wyszukania wyrostka robaczkowego. Tak samo cięcie długie dla zjawiska odwrotnego: gdy zaczyna się od szukania wyrostka, a po stwierdzeniu, że jest on normalny, przedłuża się cięcie powłok wzwyż, również tai w sobie momenty szkodliwe. Wogóle chirurg powinien zgóry wiedzieć, do jakiego miejsca dąży a wszelkie przeszukiwania w jamie otrzewnowej tają w sobie momenty niebezpieczeństwa tem bardziej, że dzieje się to zwykle na terenie zakażonym, jakim jest umiejscowione lub rozlane zapalenie otrzewnej, kiedy nieraz chirurgowi bardzo zależy na odizolowaniu pola operacyjnego.

Oczywiście, że wobec dużego znaczenia dla życia i zdrowia chorego ścisłego i wczesnego rozpoznania p. w. ż. l. d. i wobec częstych omyłek rozpoznawczych, ważnem jest ustalenie symptomatologji, do czego też przystępujemy, uzupełniając klasyczny obraz najnowszemi spostrzeżeniami. Pomijając sprawę mechanizmu p. w. ż. l. d., która wymaga jeszcze dokładnego opracowania i jest według nas dotychczas nieustalona, określimy stan rzeczy, który wytwarza się po przedziurawieniu.

Do chwili nastąpienia przedziurawienia istnieje stan normalny, jeżeli nie bezwzględny, to w każdym razie względny. Bezwzględny w sensie całości organów żołądka i dwunastnicy, jednem słowem, ciągłości szlaku pokarmowego. Względny dlatego, że przedziurawienie wytwarza się przecież z wyjątkiem przedziurawień ściśle urazowych, na gruncie patologicznie już zmienionym, na gruncie owrzodzeń żołądka lub dwunastnicy. Te więc stany, które zazwyczaj przebiegają z objawami klinicznemi — pewną ilość przypadków owrzodzeń bezobjawowych stwierdza się także — nie można zaliczać do stanów bezwzględnie normalnych. Patologicznie ten teren owrzodzeniowy przedstawia się w postaci określonego ubytku w ścianie żołądka lub dwunastnicy, sięgającego mniej lub więcej głęboko, a nieraz w przewlekłym swoim przebiegu — wytwarzającego mniejszy lub większy naciek w miąższu i w tkance otaczającej owrzodzenie.

Te warunki patologiczne trzeba uzupełnić przypadkowemi. Oto przedziurawienie następuje w różnych chwilach doby: może się zdarzyć, wg. A m b e r g e r a, w nocy — we śnie lub zrana, ewentualnie po obfitym posiłku, to znaczy przy pustym, pełnym lub częściowo napełnionym żołądku o rozmaitych jakościach treści żołądkowej i pod względem okresu trawienia.

Z chwilą nastąpienia przedziurawienia *status quo* jest naruszony.

W grę zaczynają wchodzić czynniki fizyczne, chemiczne i patologiczne.

Czynnik fizyczny podlega następującemu prawu fizycznemu: „jeżeli w ścianie wspólnej dla dwóch naczyń zrobimy otwór, to treść płynna znajdująca się w jednym z nich powyżej zrobionego otworu będzie przeciekała do drugiego dopóty, dopóki nie osiągnie dolnej granicy otworu, ewentualnie dopóki nie osiągnie jednakowego w obydwu naczyniach poziomu". Stosując się do tego prawa, płynna lub nawpół-płynna treść żołądkowa będzie się przedostawała z żołądka do wolnej jamy otrzewnowej przez wytworzony otwór. Ilość tej treści, która się przedostanie do jamy otrzewnowej, będzie zależała od ilości jej w żołądku, od umiejscowienia otworu i od pozycji chorego.

Czynnik chemiczny znajdzie wyraz w zadziałaniu soku żołądkowego, a więc kwasu solnego, pepsyny i t. d., bakteryj, treści pokarmowej na błonę otrzewnej.

Moment zaś pato-fizjologiczny wchodzi w swoje prawa z chwilą naruszenia przez fakt przedziurawienia normalnych warunków fizjologicznych i wywołuje odpowiednią reakcję organizmu, która uwydatnia się w szeregu objawów patologicznych.

Jakież to są objawy?

1) Czynnik przypadkowy, t. j. stan napełnienia żołądka podczas przedziurawienia, które może być, jak już wspominaliśmy, większe lub mniejsze, 2) sposób w jaki organizm indywidualnie zareaguje na insult — nie wszystkie organizmy jednakowo reagują: P a u g g e r uważa, że u niektórych jest tendencja do wytwarzania włóknika w większej mierze, a u niektórych łatwo tworzy się wysięk i od tego sposobu reagowania uzależnia ona poniekąd prognozę, oraz 3) zjadliwość drobnoustrojów, które przedostaną się do jamy otrzewnowej — mogą nieco naruszyć schematyczny przebieg schorzenia, wywołując przyśpieszenie objawów oraz ich natężenie.

Abstrahując od wyżej wspomnianych czynników, możemy jednakże w większości wypadków ustalić trzy okresy schorzenia; gdyby nie było reakcji indywidualnej i czysto przypadkowych momentów, to schematycznie moglibyśmy określić objawy chorobowe danego momentu dokładnie według czasu, który upłynął od początku przedziurawienia; tak jak w zapaleniu płuc płatowem lub durze brzusznym dzielimy przebieg choroby na okresy, przyczem każdy okres ma inne objawy kliniczne, fizjo-bio-anatomopatologiczne i t. d., tak i w tym przyp. moglibyśmy podzielić chorobę na okresy z tą tylko różnicą, że okresy są tu krótkie i cały przebieg choroby nie trwa czasami dłużej, niż dobę lub dwie.

Otóż na pierwszy okres chorobowy przypada w pierwszym rzędzie ból, scharakteryzowany przez klasyków jako *„coups de poignard"* (D i e u l a f o y). P a u g g e r określa ten ból następującemi słowami: „chorzy podają go, jako nagły, niezwykle ostry, o charakterze rżnącym i umiejscawiają go zazwyczaj w żołądku lub prawym nadbrzuszu; bólowi towarzyszy wstrząs z zapaścią, nieraz omdleniem, również wymioty w niektórych wypadkach; czasem wymioty wyprzedzają bóle, lecz niezawsze występują". Ból nieraz bywa do takiego stopnia silny, że chory rażony nim odrazu pada na ziemię; chory wije się w bólach na ziemi.

Czem ten ból wytłumaczyć? Co do pochodzenia bólu poglądy nie są jednolite. O ile dotychczas utrzymywano naogół, że ból ten jest spowodowany przez fakt rozdarcia tkanek w miejscu przedziurawienia, to obecnie G r é g o i r e naruszył to mniemanie i ma zwolennika w osobie F a u r a. G r é g o i r e uważa, że gwałtowny ból początkowy nie zależy od przebicia narządów przewodu pokarmowego do jamy otrzewnej; stanowi on oznakę już zaznaczonego zapalenia otrzewnej. Zaznaczyć należy, że właściwe zapalenie otrzewnej nie wypada równocześnie z przebiciem narządu — potrzeba pewnego czasu, aby ono się rozwinęło. Kula rewolwerowa lub cios sztyletu przedziurawiając pętlę jelitową, nawet we wielu miejscach, nie powoduje odrazu bólu gwałtownego.

Przypadek, na którym G r é g o i r e opiera swe wywody, dotyczy 35-letniej kobiety, przyjętej do szpitala z powodu boleści w nadbrzuszu, oraz wymiotów krwawych. Brzuch miała podatny, niebolesny, prócz dołka podsercowego, gdzie ucisk głębszy powodował bolesność. Dnia następnego, po wypiciu szklanki wody, doznała silniejszych boleści, promieniujących na cały brzuch, nie wymiotowała jednak. Trzeciego dnia stan bez zmiany. Chora piechotą udała się do zakładu rentgenologicznego dość oddalonego od miejsca, gdzie leżała, cierpliwie oczekując swej kolei i nikt nie zauważył wyrazu cierpienia na jej obliczu. Ku zdumieniu lekarzy spostrzeżono pod ekranem znaczną warstwę gazu, oddzielającego wątrobę od sklepienia przepony, a nawet w pewnym momencie dostrzeżono kroplę barytową, która wydostała się z żołądka i ściekła do otrzewnej. Nie było wątpliwości, że był to przypadek przedziurawienia żołądka. Chorą poddano operacji. W brzuchu znaleziono wiele płynu zmieszanego z powietrzem i żadnych śladów pokarmowych; w samym żołądku dużo papki barytowej. Płyn w brzuchu był to wysięk surowiczy. Przed operacją chora miała 37,8°, tętno 80, pewną obronę mięśniową w nadbrzuszu. Wymiotów i nagłego bólu nie miała wcale. Na pierwszym odcinku dwunastnicy znaleziono wrzód przedziurawiony, który zeszyto; do tego dołączono zespolenie żołądkowo-jelitowe. Do jamy D o u g l a s a założono sączek. Nastąpiło gładkie wyzdrowienie.

Przypadek ten dowodzi, że przebicie wrzodu nie jest równoznaczne z bólem gwałtownym; ból ten jest pierwszym objawem rozwijającego się zapalenia otrzewnej i może powstać w ciągu pierwszych godzin po przebiciu wrzodu.

F a u r e przyłącza się do zdania G r é g o i r e'a i twierdzi, że w przypadkach naprz. przedziurawienia wyrostka robaczkowego ból stanowi objaw zapalenia otrzewnej i wyprzedza samo prze-

dziurawienie. Natomiast H. Mondor sądzi, że ból gwałtowny następuje w chwili przebicia. Tego zdania jest i Rouhier, który operował 2 przypadki jeszcze przed dokonanym przebiciem wrzodu; w jednym pozostała cała tylko warstwa surowicza, w drugim przebicie nastąpiło po otwarciu brzucha w oczach operującego. W obu wypadkach był objaw bólu gwałtownego i nagłego i silna obrona mięśniowa w nadbrzuszu. W tych przypadkach trudno ból uzależnić od zapalenia otrzewnej, był on wyrazem postępującego niszczenia ściany żołądka, (przypadek cytowany wlg. Pol. Przegl. Chir. Tom X, str. 786—88). Paugger również podaje w swej szczegółowej i obszernej statystyce przypadek bezobjawowego przedziurawienia wrzodu żołądka; to był jeden na 89. Chory sprowadzony w 3 godziny po pierwszym bólu do kliniki nie wykazywał więcej żadnych objawów patologicznych. Dopiero w 27 godzin po przebiciu został operowany, ale było już za późno i chory umarł.

Pozostawiając sprawę ustalenia przyczyny gwałtownego bólu — która sama przez się jest ciekawa — otwartą i przychylając się raczej ku poglądowi, że ból jest spowodowany przez przebicie i prawie jednoczesne zadziałanie kwasu żołądkowego na otrzewną, a nie przez zapalenie otrzewnej, (nie można porównać efektu wywołanego z powodu przebicia kulą rewolwerową pętli jelitowej o treści zasadowej z przedziurawieniem żołądka o treści kwaśnej, — pozatem zapalenia otrzewnej ograniczone lub rozsiane zdarzają się często. natomiast nie towarzyszy im zawsze objaw tak przerażającego bólu, jaki widzimy przy perforacjach żołądka lub dwunastnicy), przystępujemy do opisania dalszego przebiegu schorzenia.

Ta pierwsza faza, faza — że tak powiemy — bólu przerażającego i wstrząsu trwa niedługo. Następuje druga, którą określimy, jako fazę względnego uspokojenia.

Część chirurgów nawet dąży do przeczekania pierwszej fazy wstrząsu i dopiero po jego zniknięciu przystępuje do operacji. Nie trzeba przedłużać okresu wyczekującego dla interwencji chirurgicznej. Zwykle dopóki chory po transporcie i przygotowaniach do operacji dostaje się na stół operacyjny, okres wstrząsu już minął. Amberger twierdzi, że żaden z jego chorych operowanych nie zmarł wskutek wstrząsu. Schaefer jednakże donosi o jednym przypadku, w którym operację dokonał w 30 minut po przedziurawieniu. Chory zmarł spowodu wstrząsu. Jeden przypadek naturalnie nic jest miarodajny, ale trzeba mieć na względzie taką możliwość.

Chory wraca z przeżytego wstrząsu do pewnego spokoju, czuje się nieraz lepiej nawet, czasem do takiego stopnia, że w tym oto okresie, jak zaznacza Paugger, niekiedy nie wzywa natychmiast lekarza. Bywa, że przyjmuje nawet pokarmy, nieraz w dość pokaźnej ilości. Wejnert i Niewiadomski demonstrowali w styczniu 1932 r. chorego, u którego na stole operacyjnym „jelita literalnie kąpały się w grochówce, którą chory spożył w tym oto okresie schorzenia w pokaźnej ilości". Tętno jest dobre, zazwyczaj nawet zwolnione, dobrze napięte i dlatego niejednego lekarza wprowadza w błąd, tuszując grozę położenia. Jest przecież charakter tętna zależny od podrażnienia nerwu błędnego. Ból, który przedtem był umiejscowiony w żołądku i nadbrzuszu, wędruje zazwyczaj wzdłuż wstępnicy, dosięga okolicy wyrostka — stąd też częste omyłkowe rozpoznanie sprawy wyrostkowej — i później obejmuje cały brzuch. Różni autorzy podają różne umiejscowienie bólu. Według nas umiejscowienie bólu nie jest swoiste, a zależy przeważnie od miejsca zadziałania treści żołądkowej na otrzewną, to zaś miejsce zależne jest od pozycji chorego: czy odrazu po nastąpieniu przedziurawienia się położył, czy znajdował się przez dłuższy czas w pozycji stojącej, czy nawpół siedzącej i t. d. Widzimy objaw zniesionego oddechu brzusznego (u mężczyzn). Poza bólem, który zazwyczaj słabnie, drugi dominujący objaw — powłoki brzuszne robią się „deskowate" — *ventre en bois Francuzów* — i przybierają nawet formę wyżłobionej łódki. Ciepłota ciała, która w pierwszej fazie była normalna, a nieraz nawet i niżej normy, w drugiej zaczyna się podnosić; tętno, które na początku drugiej fazy było powolne, staje się pod koniec przyśpieszone. Ból w plecach (Oehlecker). Leukocytoza.

A teraz pozwolimy sobie zwrócić specjalną uwagę na pewien objaw przez niektórych stwierdzany, przez innych negowany, lub conajwyżej poddany w wątpliwość, przez niektórych wysuwany i ceniony, przez innych lekceważony. Jest to objaw, który według nas ma pierwszorzędne znaczenie, lecz który niezawsze uwydatnia się jaskrawo, lecz tylko w pewnych okolicznościach i najczęściej we wczesnych fazach schorzenia. Mam na myśli objaw tak zwanego braku stłumienia wątrobowego, lub jak go inaczej nazywają, bębnicy przedwątrobowej lub jak Francuzi go nazywają — *sonorité préhepatique.*

Grégoire jest zdania, że „obecność gazu w wolnej jamie brzusznej stanowi wczesny, pewny i bardzo ważny objaw. O ile udało się spostrzec go w czas (widocznie ma na myśli czas przed wystąpieniem daleko posuniętych objawów otrzewnowych z ogólną bębnicą, która zatuszuje ten objaw), — uwaga autora, — można wcześnie operować, nie wyczekując na wystąpienie innych objawów".

Paugger twierdzi: „stłumienie wątrobowe, na brak którego niektórzy autorzy kładą specjalny nacisk, było jednakże często dobrze stwierdzone w przypadkach umiarkowanego wydostania się powietrza, nieznacznego skupienia się gazów lub niezbyt rozległej bębnicy w jamie brzusznej".

H. Mondor zaś popiera Grégoire'a, twierdząc, że *pneumoperitoneum* bywa z reguły we wszystkich przedziurawieniach wrzodów. Wykrycie tego zjawiska ułatwiamy sobie, jeżeli badać chorego w pozycji nawpół siedzącej, jak to radzi Soupault, który wykrywa ten ważny objaw we wszystkich swoich przypadkach. Mondor znalazł go 7 razy na 12, Bourdel 7 na 13. Badanie rentgenologiczne daje odpowiedź jeszcze bardziej pewną i dzięki temu można wcześniej pośpieszyć z pomocą operacyjną. Lecz Wilmoth jest wręcz odwrotnego zdania. Skrzętne poszukiwanie bębnicy przedwątrobowej według niego nie wykazało jej w przypadkach wrzodów (przedziurawionych), lecz stwierdził ją raz w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Kaczyński mówi o „zniesionem niekiedy stłumieniu wątrobowem". Natomiast Vaughan i Singer, badając systematycznie pod Roentgenem chorych z podejrzeniem na p. w. ż. l. d. podkreślają doniosłość objawu obecności powietrza w wolnej jamie otrzewnowej *(pneumo-peritoneum).* Brak powietrza skłania ich do zaniechania operacji.

Po drugim okresie — względnego uspokojenia — następuje trzeci. Naturalnie zbyt ostrą granicę pomiędzy temi fazami trudno przeprowadzić. Przejście jest stopniowe, zlewające się poniekąd. Trzecią fazę pozwolimy sobie określić, jako fazę postępujących objawów otrzewnowych. Nad opisem tej trzeciej fazy nie zatrzymamy się dłużej, jest ona znana wszystkim lekarzom z typowego obrazu zapalenia otrzewnej, który, na szczęście, coraz rzadziej widzimy. Chcielibyśmy tylko w tem miejscu wspomnieć o szeregu opisywanych objawów, nibyto patognomicznych dla przedziurawienia wrzodów, faktycznie zaś według rozmaitych autorów nieswoistych a przynależnych obrazowi zapalenia otrzewnej: tak np. objaw Kulenkampfa — wrażliwość uciskowa jamy Douglasa; objaw Leubego — tarcia blaszek otrzewnowych słyszalne przy auskultacji brzucha; wzdęcie brzucha; objaw Blumberga, (Ruhmann), niekiedy występujący bardzo wcześnie (Kaczyński); zniesienie ruchów perystaltycznych, objaw Minca — dźwięczenie naczyń i t. d.

O patogenezie, wykryciu i znaczeniu objawu odmy otrzewnowej *(pneumoperitoneum)* napiszemy osobno.

Piśmiennictwo:

Amberger: Z. f. ä. F. 1925. S. 545. — Steichele: Arch. f. kl. Chir. Bd. 124. — Speck: Brun's Beitr. z. kl. Chir. Bd. 129. — Behandlug des durchgebrochenen Magengeschwürs. — Besprechung auf den Abend der Berl. Ges. f. Chir. 11/1 1926. Z. f. ä. F. 1926. S. 92. — Löhr: Z. f. ä. F. 1926. Nr. 26. — v. Amstel: Monatschr. f. Unfallheilk. u. Versicher. Heft 6—7. 1926. — Krecke: Münch. Med. W. 1926. Nr. 50. — Desmarest: Presse Médicale, 25 septem. 1926. — Menegaux et P. Duval: Bulletin de la Soc. de Chir. T. LVI. Nr. 16. — Guibal: Bullet. Soc. de Chir. T. LVI. Nr. 6. — Milko: Zbl. f. Chir. Nr. 46. — Pototsching: Zbl. f. Chir. Nr. 49. — Meyer u. Braun: Amer. journ. med. scient. april 1926. — Bürkle — de la Camp: Münch. Med. W. 1929. Nr. 11. — Paugger: Münch. Med. W. 1929. S. 1508. — Ruhmann: Münch. Med. W. 1929. S. 1674. — Vaughan and Singer: Surgery Gynec. and obstetr. novembre 1929. Wdlg. Monde Médical 1931. Str. 142. — Kaczyński i Makowski: P. P. Chir. tom X. Zeszyt 4. Str. 435. — Grégoire: P. P. Chir. T. X. Zeszyt 5—6. Str. 786—88. — Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 6. Tom LVI. 1930. — Wilmoth: P. P. Chir. Tom X. Zeszyt 5—6. Str. 789. — Journ. de Chir. Nr. 5. Tom XXXVI. 1930. — Schaefer: P. P. Chir. Tom XI. Zeszyt 1. Str. 115. — Zentrbl. f. Chir. Nr. 7. 1931. — Mühsam: Z. f. ä. F. 1931. Str. 801—802. — Streszczenie referatu w Berl. Tow. Lek. — Strümpel: Lehrbuch der sp. Path. u. Ther. der inn. Krankheiten. — Kaczyński: Chirurgja jamy brzusznej w przypadkach nagłych „Praktyka Lekarska", dod. do P. G. L. arkusz 7, r. 1931. — Hartglas et Grenfeld: Presse Médicale. 1933. Nr. 25. — Desplas et Mutricy (service de M. Chevrier). Presse Médicale. 1933. Nr. 44, str. 896. — Achmatowicz: Pam. Wil. Tow. Lek. Nr. 6. 1932. — Minc: Warsz. Czas. Lek. Nr. 24, 1933.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Stanisław BÜHN. Lwów.
Lekarz Naczelny Poradni Szkolnej we Lwowie.

Działalność Państwowej Poradni Szkolnej we Lwowie w roku szkolnym 1932/33.

Pomimo bardzo wielkich trudności natury finansowej i redukcji etatów lekarskich, rozwinęła Państwowa Poradnia Szkolna we Lwowie w roku szkolnym 1932/33. bardzo żywą działalność na polu pomocy lekarskiej wśród niezamożnej młodzieży szkół powszechnych, średnich, zawodowych i seminarjów nauczycielskich na terenie Gminy miasta Lwowa.

Z pomocy lekarskiej Poradni korzystało 70 szkół powszechnych, 16 gimnazjów, 6 seminarjów nauczycielskich, oraz 2 szkoły zawodowe.

a) Organizacja:

W roku sprawozdawczym pracowało 14 lekarzy (3 internistów, 1 rentgenolog, 1 laryngolog, 2 okulistów, 1 dermatolog, 1 specjalistka zboczeń mowy, 2 dentystów), oraz 5 sił pomocniczych.

Czynne były następujące oddziały: oddział choróo wewnętrznych męski i żeński, oddział naświetlań lampa kwarcową, (6 lamp kwarcowych), pracownia rentgenologiczna, oddział otolaryngologiczny, oddział chorób skórnych, oddział wad wymowy, oraz oddział dentystyczny składający się z działu dentystycznego dla młodzieży szkół średnich, który dysponuje centralą przy Poradni (plac Strzelecki 5) z 3 kompletnie urządzonemi fotelami dentystycznemi i 4 kompletnie urządzonemi filjami (w Państwowem Seminarjum Naucz. żeńskiem I, w Państwowem Gimnazjum ż. im. Król. Jadwigi, w Państwowem Gimnazjum VIII. i XI.) po 1 fotelu dentystycznym; z oddziału dentystycznego dla młodzieży szkół powszechnych i oddziału dentystycznego dla młodzieży zgrupowanej w ogniskach miejskiego Komitetu Opieki pozaszkolnej. Tygodniowa ilość godzin ordynacyjnych we wszystkich oddziałach Poradni wynosiła 136.

b) Finanse:

Zasadniczo organizacja Poradni szkolnej jest oparta na zasadach samowystarczalności. Poradnia nie otrzymuje na utrzymanie żadnych dotacyj ani subwencyj. Jedynie pobory lekarskie są regulowane w części przez Kuratorjum Okręgu Szkolnego Lwowskiego (7 lekarzy), przez Magistrat M. Lwowa (2 lekarzy), przez Komitet miejski Opieki pozaszkolnej (1 lekarz), 4 dentystów opłacała Poradnia z własnych wpływów, oraz lekarz zboczeń mowy był opłacany przez dotacje doraźne Min. W. R. i O. P.

Z sił pomocniczych opłacała Poradnia z własnych funduszów 3, jedną higjenistkę opłaca Magistrat m. Lwowa, oraz 1 pomocnicę Miejski Komitet Opieki pozaszkolnej.

Dochody Poradni składały się z opłat, jakie młodzież uiszczała za zabiegi wedle cennika ustalonego przez Kuratorjum Okręgu Szkolnego Lwowskiego. Wszelkie porady lekarskie, bez wykonania zabiegów, są bezpłatne. Z opłat tych była młodzież w znacznej mierze zwalnianą. Np. w samej tylko pracowni rentgenologicznej korzystało ze zwolnień zupełnych lub częściowych za zdjęcia i prześwietlania 205 uczniów (nnic) szkół powszechnych, którzy zamiast uiścić przypadającą wedle bardzo niskiej taksy opłat kwotę globalną 1032 zł, uiścili jedynie kwotę 189 zł. Te cyfry ilustrują wymownie trudności finansowe Poradni i ogrom bezpłatnych świadczeń udzielanych młodzieży.

Specjalnie charakterystyczną jest finansowa organizacja oddziału dentystycznego dla szkół średnich, który w całości musiał być oparty na zasadzie samowystarczalności, gdyż szczupłość etatów lekarskich nie pozwoliła Kuratorjum Okręgu Szkolnego Lwowskiego na opłacanie poborów lekarskich. Celem podtrzymania tej tak ważnej placówki Dyrekcje poszczególnych Zakładów były obowiązane do zgłoszenia tej młodzieży, która nie miała zapewnionej gdzieindziej opieki dentystycznej, czyto w kasach chorych, przy kolei, względnie stan finansowy rodziców nie pozwalał na leczenie uzębienia u lekarzy prywatnych. Każdy z tych uczniów wpłacał kwotę w wysokości 2 złotych rocznie, za co otrzymywał całą pomoc dentystyczną zupełnie bezpłatnie. Akcja ta niestety nie znalazła zrozumienia u wszystkich dyrektorów szkół średnich. Kilka zakładów, pomimo że młodzież bardzo wydatnie korzystała z pomocy dentystycznej, nie zapłaciło albo wcale przypadającej wedle zgłoszenia liczby uczniów przypadającej kwoty (1 zakład), albo też wpłaciło tylko w pewnej części. Przez to kalkulacja oparta na ilości zgłoszonych z początkiem roku przez dyrekcje uczniów musiała zawieść i tą drogą powstał znaczny deficyt.

Na przeprowadzenie masowych prześwietlań, o czem będzie poniżej mowa, udzieliło Min. W. R. i O. P. jednorazowej subwencji.

c) Działalność lekarska.

Działalność lekarska Poradni składa się z pomocy lekarskiej połączonej z wykonywaniem drobnych zabiegów dających się przeprowadzić ambulatoryjnie, oraz z badania konsyljarnego uczniów skierowywanych przez lekarzy szkolnych w kierunku zdatności do zawodu nauczycielskiego, do gimnastyki, hufców, przysposobienia wojskowego, oraz obozów letnich P. W.

W roku sprawozdawczym przyjęto ogółem w całej Poradni 1091 uczniów (nnic), którym udzielono ogółem 30728 porad i zabiegów.

Czynność poszczególnych oddziałów przedstawia się następująco:

1) Oddział chorób wewnętrznych męski i żeński.

Ogółem zgłosiło się chorych 1612, którym udzielono 2006 porad. Ilość przypadków przedstawia się następująco w poszczególnych grupach chorobowych: gruźlica płuc „otwarta“: 10, gruźlica płuc „zamknięta“: 79, gruźlica gruczołów zewnętrznych: 134, gruźlica gruczołów śródpiersia 110, gruźlica kości i stawów: 3. Schorzenia narządu pokarmowego: 136, narządu krążenia: 85, schorzenia płucne niegruźlicze: 242, narządu moczowego: 41, kobiece: 39, narządu ruchu 72, niedokrewność: 215, choroby nerwowe 36, chirurgiczne: 95, zakaźne 21, gardła i migdałków: 82, reumatyzm 42, inne: 180.

Na wniosek Naczelnego lekarza Poradni zarządziło Kuratorjum Okręgu Szkolnego prześwietlania masowe uczniów klas VI. gimnazjów i ostatnich lat szkół zawodowych oraz seminarjów nauczycielskich. Prześwietlono ogółem 945 uczniów. Wszyscy z wynikami pozytywnemi w prześwietlaniu, względnie podejrzani byli przebadani w oddziele wewnętrznym Poradni i wzięci w obserwację i leczenie. Ogółem wykryto 28 przypadków gruźlicy płuc wymagającej leczenia względnie obserwacji. Bliższe szczegóły tych badań przeprowadzonych na terenie Polski tylko we Lwowie i w Warszawie będą ogłoszone w osobnem sprawozdaniu.

Lampą kwarcową naświetlano 129 uczniów, na 1778 posiedzeniach.

Ponadto zawsze wykonywano w podręcznem laboratorjum potrzebne badania chemiczno-mikroskopowe.

2) Oddział chorób ocznych składa się z 2 działów: działu szkół powszechnych i działu szkół średnich. Diametralne różnice częstości poszczególnych chorób w tych obu grupach młodzieży wymagają oddzielnego sprawozdania dla każdego oddziału.

	Oddział dla młodzieży szkół średnich	Oddział dla młodzieży szkół powsz.
Ogólna ilość chorych	1483	3099
Porad	1886	9927
Choroby powiek	279	421
Zapalenie spojówek		
ostre	11	33
przewlekłe	269	173
grudkowe	53	1116
Jaglica rozwinięta	1	39
Jaglica powikłana		3
Jaglica zaleczona	4	14
Zmiany zapalne rogówki	4	12
Zmiany rogówki niezapalne	26	26
Wady refrakcji:		
miarowość	152	23
dalekowzroczność	188	572
krótkowzroczność do 2 D	160	25
krótkowzroczność 2—6 D.	34	28
krótkowzroczność wyżej 6 D.	3	34
niezborność	111	142
różna refrakcja	36	27
inne	124	411

Z cyfr powyższych łatwo wyczytać wiele danych charakterystycznych, gdzie liczby przypadające na poszczególne schorzenia różnią się znacznie od siebie, przekraczając normę 50%, ze względu na podwójną ilość uczniów zbadanych w oddziele dla szkół powszechnych w stosunku do oddziału szkół średnich.

c) Oddział dentystyczny.

W całym oddziele dentystycznym przyjęto chorych 3047, którym udzielono porad i zabiegów 12.515. W tem z młodzieży szkół średnich było: 2097 chorych (10163 zabiegów).

Z poszczególnych zabiegów wykonano: usunięcie zęba: 1475, wkładek założono: 5513, plomb założono: 3886, leczono zgorzeli 333, wypełnień korzeni 1542, zabiegów chirurgicznych: 16.

d) Oddział zboczeń mowy.

Leczono 38 wad wymowy, w tem: u 10 bełkotanie, mowa nosowa u 7, jąkanie u 21, u niektórych uczniów leczenie trwało cały rok szkolny.

e) Pracownia rentgenologiczna wykonała 455 prześwietleń oraz 27 zdjęć, u uczniów indywidualnie skierowanych, a ponadto 945 prześwietleń i 20 zdjęć przy badaniach masowych.

f) Oddział otolaryngologiczny.

Przyjęto ogółem 726 chorych w tem z chorobami uszu 200, nosa 92, jamy ustnej 32, gardzieli 371, krtani 18, inne 13. Na podkreślenie zasługuje częstość przerostu trzeciego migdałka, który stwierdzono u 237 chorych. Zabiegów wykonano 807.

g) Oddział chorób skórnych. Przyjęto ogółem 406 chorych, którym udzielono 472 porad. Chorób wenerycznych nie stwierdzono.

Oto krótki rys działalności Państwowej Poradni Szkolnej we Lwowie, instytucji mało znanej szerszemu ogółowi lekarskiemu, która niezmordowanie od lat 11 pracuje na polu poprawy zdrowotności wśród młodzieży szkolnej.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Przegląd Dentystyczny. Nr. 3. 1933. N. Brzeziński: Postępy zębolecznictwa zachowawczego w XX. w.

Lekarz Polski. Nr. 6—7. 1933. J. Szmurło: Postępowanie lekarza praktyka wobec ropotoku usznego. — St. Kapuściński: Zapalenie wypryskowate skóry. — L. Lorentowicz: Leczenie zachowawcze schorzeń narządu rodnego kobiety. — K. Dąbrowski: Higjena psychiczna zagranicą i u nas. — St. Sroczyński: Cechy główne lecznictwa zdrojowego w Inowrocławiu. — K. Chmielewski: Słaba strona w naszem lecznictwie zdrojowem. — A. Kamler: Zasady pracy społecznej lekarza kasowego.

OCENY.

Higjena szkolna. Podręcznik dla kierowników szkół, nauczycieli i lekarzy szkolnych, pod redakcją dr. STANISŁAWA KOPCZYŃSKIEGO, naczelnego wizytatora higjeny szkolnej w Ministerstwie W. R. i O. P. Wydawnictwo M. Arcta w Warszawie. 1933. — Zeszyt XI, XII i XIII. Cena zeszytu 5 zł.

Trzy wydane teraz zeszyty stanowią zakończenie dzieła, a obejmują 6 rozdziałów właściwego tekstu, zbiór ważniejszych rozporządzeń Ministerstwa W. R. i O. P. w sprawach higjeny szkolnej i dobre skorowidze treści i nazwisk. Opiekę społeczną w ustroju szkolnym wobec zadań higjeny przedstawił Dr. Stefan Karp-Rottermund nietylko szerzej, niż to uczynił w pierwszem wydaniu „Higjeny szkolnej", ale też opracowując ten dział prawie zupełnie na nowo i rozpatrując zosobna opiekę społeczną nad dziatwą zdrową i anormalną w szkolnictwie powszechnem, opiekę nad młodzieżą szkół średnich ogólnokształcących i zawodowych, a także nad młodzieżą szkół wyższych. Doskonała znajomość tej sprawy, zdobyta przez autora w ciągu jego wieloletniej pracy publicznej, i jasny podział przedmiotu ułatwiają czytelnikowi zorjentowanie się w rozlicznych oficjalnych i pół-oficjalnych urządzeniach opiekuńczych, których w Polsce jest tak wiele, że mimowolnie nasuwa się wątpliwość, czy nie są zbyt rozdrobnione; ale roztrząsanie tego nie należy do sprawozdania w czasopiśmie lekarskiem. — Zamiast rozdziału o higjenie ochronek dla dzieci, który w pierwszem wydaniu był pióra Dr. Szmurło, napisała do drugiego wydania „Higjeny szkolnej" Dr. Antonina Jurjewiczówna rozdział o higjenie przedszkoli, który wydaje mi się tak dobrze opracowany, że współzawodniczy z następnym, o higjenie internatów, w obu wydaniach napisanym przez Dr. Stanisława Łyskawińskiego, a zaliczonym przeze mnie już w sprawozdaniu z pierwszego wydania „Higjeny szkolnej" do najlepszych w książce. — Rozdział o harcerstwie, w obu wydaniach pióra Prof. Dr. Tadeusza Strumiłły, jednego z niewielu już pozostałych założycieli harcerstwa polskiego, znającego je przeto do gruntu, wnika tym razem daleko szczegółowiej w ideologję i organizację tego wielkiego wszechświatowego ruchu wychowawczego i informuje doskonale o jego szczególnych cechach i istotnie niepospolitej doniosłości. Rozszerzenie i pogłębienie tego rozdziału było bardzo potrzebne już z tego powodu, że mimo ogromnego rozrostu harcerstwa w Polsce (92.000 harcerzy i harcerek w r. 1933, prawie wyłącznie młodzieży szkolnej) jest ono ciągle jeszcze za mało znane większości nauczycielstwa i lekarzy. — Dwa wreszcie rozdziały: o propagandzie i nauczaniu higjeny w szkole i o higjenie zawodu nauczycielskiego, napisał Dr. Karol Mitkiewicz; zwłaszcza pierwszy z tych rozdziałów (objęty przez autora po Dr. Szmurle) przedstawia rzecz żywo i z wielką siłą przekonania, zdolną wywrzeć wrażenie na czytelnika. Naczelną myślą jest w tym rozdziale, że „głównie chodzić nam powinno o wprowadzenie w czyn zasad higjenicznych, o wychowanie higjeniczne", to jest wdrażanie dziatwy do stosowania zabiegów i przepisów higjenicznych przez stałe, codzienne ich wykonywanie aż do zupełnego ich zautomatyzowania. Ta zasada, gdy będzie wykonywana, stokroć więcej da plonów, niż papierowe „nauczanie" higjeny. Jedną tylko mam wątpliwość: czy przytoczone przez autora rozliczne sposoby wdrażania dziatwy do życia higjenicznego w postaci np. „klubów higjenistów", gier, rekordów i konkursów higjenicznych, poczerpnięte z wzorów obcych, przeważnie amerykańskich, znajdą wszystkie podatne podłoże w psychologji polskiej młodzieży, czy też może tylko niektóre? Przypuszczam raczej to drugie, a wtedy w następnem wydaniu „Higjeny szkolnej" wystarczy przytoczyć te tylko sposoby, które po kilkoletniem wypróbowaniu istotnie się przyjmą i zakorzenią.

Do ostatniego zeszytu „Higjeny szkolnej" dołączył ś. p. Dr. Stanisław Kopczyński przedmowę do drugiego wydania, które poświęcił nieśmiertelnej pamięci Dr. Grzegorza Piramowicza. Myślę, że ukończona obecnie książka, po 12 latach od pierwszego wydania niemal cała na nowo stworzona przez niezwykły talent organizatorski swego redaktora, zasługuje istotnie na to nawiązanie do epoki Komisji Edukacji Narodowej. Jak wtedy, tak i teraz, znajdujemy się w okresie zasadniczych reform szkolnych; a chociaż wtedy główny twórca Ustaw Komisji Edukacyjnej był pionierem higjeny szkolnej na terenie zupełnie dziewiczym, dziś zaś nauka i doświadczenie wszechświatowe wykończa tylko drogi już utorowane, niemniej „Higjena szkolna" w obecnej swej postaci zasługuje na nazwę głównego drogowskazu dla tych wszystkich, którym przypada odpowiedzialne zadanie wychowania naszej dziatwy i młodzieży w zdrowiu i zachowaniu jej pełni sił twórczych. Zapewne — w urzędowej organizacji opieki higjenicznej w szkolnictwie niejedno da się jeszcze poprawić i udoskonalić; jeżeli jednak są w niej szczegóły wymagające tego, to wskazywać je nie jest zadaniem podręcznika, który musi się opierać na stanie faktycznie istniejącym i być doradcą wychowawcy i lekarza szkolnego w ramach rzeczywistych stosunków dzisiejszych. Sądzę zaś, że to zadanie spełnia „Higjena szkolna" w nowem wydaniu bez porównania lepiej, niż w wydaniu pierwszem, które przecież już było niewątpliwie dobrym podręcznikiem.

Zewnętrzne wyposażenie „Higjeny szkolnej" w ładny druk, dobry papier, liczne i dobrze odbite ryciny przynosi chlubę zasłużonej księgarni wydawniczej M. Arcta w Warszawie.

* * *

Już po oddaniu niniejszego sprawozdania do druku zmarł Dr. Stanisław Kopczyński. Zasługi Jego na polu higjeny młodzieży w Polsce przed odzyskaniem niepodległości i w Polsce wolnej były niepospolite. Oceni je i uprzytomni współczesnemu pokoleniu lekarskiemu pióro bardziej od mojego powołane, uwydatniając zarazem czystość intencji, niegasnący zapał i niezmierną pracowitość ś. p. Kopczyńskiego. Drugie, udoskonalone znacznie wydanie „Higjeny szkolnej" było ostatniem Jego dziełem; jakby w przeczuciu śmierci spieszył też z ukończeniem tego wydawnictwa, jeszcze i w ostatniej chorobie troszcząc się o jego poprawność. Toteż książka ta utrwali pamięć o Jej zasłużonym twórcy.

Prof. Dr. Ciechanowski (Kraków).

Gynécologie operatoire. HENRI HARTMANN. Masson. Paris. 1933. Str. 585. Cena 110 fr.

Obszerny ten podręcznik wyszedł obecnie w drugiem przerobionem wydaniu. Właściwie jest to podręcznik terapji ginekologicznej ogólnej i szczegółowej. Część pierwsza poświęcona jest leczeniu zachowawczemu; obejmuje zasady badania klinicznego narządu rodnego, terapję ogólną w chorobach kobiecych, metody leczenia fizykalnego i „małą" ginekologję. Rozdziały te służyć mogą nietylko specjaliście lecz także praktykowi. Dalsze części omawiają chirurgję ginekologiczną. Część druga opisuje operacje na częściach rodnych zewnętrznych i zabiegi wykonywane na macicy i przydatkach drogą pochwową. Część trzecia zajmuje się laparotomją ginekologiczną, przyczem znalazły uwzględnienie nowoczesne zabiegi na systemie nerwowym współczulnym. W części czwartej znajdujemy szczegółowe wskazania do terapji chirurgicznej. W części piątej omówił autor urologię kobiecą zazwyczaj pomijaną w podobnych podręcznikach lub też poza przetokami pochwowemi traktowaną bardzo pobieżnie. Na część tę składają się rozdziały o zasadach badania klinicznego, o chirurgji cewki, pęcherza i moczowodów, których znaczenie praktyczne łatwo oceni każdy operator ginekolog. Całość wydana bardzo starannie, na dobrym papierze i bogato ilustrowana.

K. Czyżewski (Lwów).

Leczenie przetworami gruczołów wewnątrzwydzielniczych. (Opothérapie endocrinienne). GUY LAROCHE. Wyd. II. Masson i Sp. Paryż 1933, Str. 396, Cena. 48 fr.

Monografja opiera się na danych z fizjologji i kliniki, dotyczących współczesnych poglądów na temat roli gruczołów wkrewnych w ustroju. Z uwagi na niezwykły ich wpływ na ustrój racjonalnem staje się studjum opoterapji mające na celu poznanie działania leczniczego przetworów gruczołowych na ustrój. Prócz techniki ich otrzymywania ważne są wskazania do ich podawania a te wynikają wyłącznie z poznania sposobu ich działania na ustrój. Autor omawia kolejno sposób przyrządzania przetworów opoterapeutycznych, posologję ogólną, przyczem rola poszczególnych gruczołów jest traktowaną zosobna, a więc tarczycy, gr. przytarczycznych, grasicy, nadnerczy, przysadki mózgowej i gruczołów płciowych. Specjalne rozdziały poświęcono zagadnieniu insuliny, trzustki oraz leczeniu wątrobą. Wkońcu przedstawia sposób opoterapeutycznego postępowania przy zaburzeniach wielogruczołowych. Ta monografja jest więc pożytecznym podręcznikiem nietylko dla lekarza praktycznego lecz także dla biologa i chemika. *Tomanek* (Lwów).

Czterysta porad lekarskich w chorobach dziecięcych. Dr. JULES COMBY. Część II. Z IX. wydania francuskiego tłumaczył Dr. Wł. Krasowski. Wydawnictwo naukowe „Wiedza". Warszawa 1932.

Niedawno ukazało się nowe, rozszerzone wydanie francuskie dziełka Dra J. Comby: *„400 consultations médicales pour les maladies des enfants"*, zawierające około 140 nowych artykułów. W wydaniu polskiem artykuły te zebrano w osobnym tomiku jako część II., uzupełniającą tłumaczenie polskie dawnego wydania z r. 1925 tak, że obie części razem odpowiadają nowemu wydaniu francuskiemu.

Uzupełnienie takie było widocznie niezbędne, skoro w części II. znajdujemy ustępy o takich chorobach jak np. odra, przepukliny, zapalenie woreczka łzowego, otępienie wczesne, rumień wielokształtny i t. p. Stosunkowo dużo jest tu artykułów o chorobach t. zw. egzotycznych, które po większej części przestały już zasługiwać na tę nazwę, ponieważ od czasu wojny stały się przedmiotem naszego osobistego spostrzegania. Zresztą słusznie pisze autor w przedmowie: „Rzadkie występowanie tych chorób w starym świecie nie usprawiedliwia ich pominięcia".

Artykuły zawarte w cz. II. składają się z właściwych porad, ujętych w punkty, poczem następuje krótki rys etjologji i patogenezy oraz symptomatologji danej choroby. Nie mogąc ocenić całości, ograniczę się do stwierdzenia, że część II. dzieła poza pewnemi usterkami (np. pominięcie sposobu leczenia wyciągami wątrobowemi i preparatami żołądkowemi niedokrewności złośliwej) jest dobrze napisana; kompendjum takie przyda się pedjatrze, a przedewszystkiem lekarzowi, wykonującemu praktykę ogólną.

Przekład polski poprawny. Możeby jednak lepiej i praktyczniej było w ordynacji wód leczniczych nie trzymać się tekstu oryginalnego i zamiast lub przynajmniej obok francuskich wód mineralnych podać nazwy wód leczniczych polskich. *A. Finkel* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Biologja.

Badania doświadczalne nad hormonami. M. RODECURT (Hanower). Zbl. f. Gyn. Nr. 50. 1932.

Autor badał wpływ hormonów na wzrost roślin. Rośliny kontrolne podlewano wodą, a do roślin badanych dodawano preparaty hormonalne. Badania autora nie zgadzają się z wynikami badań ogłoszonemi przez H. Küstnera: preparaty tylnej części przysadki według autora przyśpieszają wzrost rośliny, Küstner natomiast stwierdził znaczne zahamowanie wzrostu pod wpływem preparatów przysadki. Tyroksyna wykazała niewątpliwe działanie przyśpieszające wzrost rośliny; według Küstnera tyroksyna powoduje w krótkim czasie śmierć rośliny. Na podstawie całego szeregu innych prób autor dochodzi do wniosku, że badania na roślinach nie mogą mieć praktycznego zastosowania rozpoznawczego, w każdym razie nie mogą zastąpić bardziej skomplikowanych badań na zwierzętach. Badania przeprowadzone z preparatami hormonalnemi handlowemi mogą doprowadzić do mylnych wniosków na skutek domieszki produktów rozpadu i dodanych do hormonu substancyj wyciągowych dla celów konserwacji i innych. Możliwe, że przyśpieszenie wzrostu zostało wywołane nie swoistem działaniem hormonu, lecz nieswoistem działaniem białka (uczynnieniem protoplazmy). *Segal* (Lwów).

Wpływ zmian w równowadze hormonów seksualnych na krzepnienie krwi i czas krwawienia. HERMANN DRUCKREY. Endokrinologie. T. XII. Z. 1.

Autor wykazuje, że hormon pęcherzykowy przedłuża u samic szczurów w każdym wypadku i czas krzepnienia i czas krwawienia już po 30 min. Przedłużenie to przechodzi w ciągu 1—3 dni — zależnie od ilości i czasu trwania resorbcji danego preparatu w skrócenie, poczem zwolna zupełnie się wyrównuje. Hormon ciałka żółtego miał podobne działanie z tą różnicą, że początkowe przedłużenie było słabsze a następowe skrócenie występowało znacznie wyraźniej. Stwierdzono przytem obecność hormonu pęcherzykowego.

Hormon przedniego płatu przysadki skracał z początkiem rui wspomniane czasy po bardzo powierzchownem i przejściowem przedłużeniu. W obecności czynnego ciała luteinizującego początkowe podwyższenie nie miało miejsca, przyczem skrócenie było szybsze, ale i równocześnie bardzo znaczne. Przy braku jajników i macicy nie występowało skrócenie, przy braku jednego jajnika było znacznie osłabione.

Skracający wpływ macicy na czas krzepnienia i krwawienia nie ulega żadnej dyskusji. Kierownictwo tych zmian odbywa się drogą hormonu przedniego płatu lecz wyłącznie przez jajnik. *St. Liebhart* (Lwów).

Różnice w działaniu hormonu seksualnego przedniego płatu przysadki z gruczołu i z moczu. W. REISS, R. PICK i K. A. WINTER. Endokrinologie. B. XII. H. 1.

Hormon seksualny przedniego płatu przysadki uzyskany z przysadki cieląt i wyosobniony z moczu różnią się między sobą zasadniczo, przyczem uwidacznia się tylko działanie hormonu uzyskanego z gruczołu w doświadczeniach na kogucie. Podawanie hormonu przysadki cieląt powoduje u młodego koguta znaczne zwiększenie czynności hormonalnej jąder, której towarzyszy przyśpieszony wzrost grzebienia. Ciężar jąder wzrasta gwałtownie — według doświadczeń autora nawet dziesięciokrotnie. Autor podnosi znaczenie różnicy w działaniu tych hormonów dla zastosowania ich w celach leczniczych. *St. Liebhart* (Lwów).

Hormon przemiany tłuszczowej przedniego płata przysadki mózgowej. HUGO MAGISTRIS. Endokrinologie. Bd. 11, H. 3. 1932 r.

Autor opisuje metodę wyosobnienia i wykrywania hormonu mającego wpływ na przemianę tłuszczową, pochodzącego z przedniego płata przesadki. Jako sprawdzianu używa objawu wzrostu zawartości acetonu w krwi królika. Stwierdzono, że hormon przemiany tłuszczowej — jakkolwiek w wielu własnościach swoich zgadza się i pokrywa się z hormonem seksualnym przysadki — jednak różni się od prolanu A i B. Również hormon ten nie jest identyczny z hormonem wzrostu i różni się najprawdopodobniej od hormonu pobudzającego czynność tarczycy a zawartego również w przednim płacie przysadki. Wydaje się prawdopodobnem, że działanie przysadki na przemianę gazową i na specyficzno-dynamiczne działanie ma miejsce właśnie drogą hormonu przemiany tłuszczowej.

Autor omawia chemiczne i fizykalne własności nowego hormonu i możliwości izolowania go od hormonów seksualnych. Odnośnie do cechowania hormonu przemiany tłuszczowej, proponuje jednostkę króliczą. *St. Liebhart* (Lwów).

Przyczynek do zagadnienia dominującej roli komórki jajowej. W. E. TSCHAJKOWSKY (Charków). Arch. f. Gyn. T. 148, Z. 2.

Doświadczenia Schuberta, Westmana, Musaty i Adachi'ego krytykuje autor, jako dowolne i niewystarczające do obalenia teorji R. Meyera o dominującej roli komórki jajowej. Autor przeprowadza doświadczenia, które nietylko potwierdzają, ale nawet rozszerzają teorję R. Meyera, a to w kierunku przypisania hormonalnego wpływu nietylko dojrzałej lecz także niedojrzałym i rozpadającym się komórkom jajowym.

W doświadczeniach starał się autor rozpad komórek jajowych spowodować zapomocą biologicznej lecz ahormonalnej sterylizacji, uzyskanej przez podskórne podawanie królicom i myszkom białym swoistego dla tych zwierząt białka łożyskowego (pochodne komórki jajowej). Obok stwierdzonego drobnowidowo szklistego zwyrodnienia i rozpadu komórki jajowej stwierdził autor wyraźne tworzenie się atretycznych pęcherzyków i atretycznych ciałek żółtych, czyli obrazy podobne do zmian wywołanych podawaniem prolanu. Autor sądzi, że komórka jajowa rozpadając się, wydziela hormon powodujący zwiększone wydzielanie prolanu przez przedni płat przysadki mózgowej. Po dłuższem stosowaniu wyżej podanego białka (2—3 mieś.) przekroje jajników były prawie wypełnione dużemi ciałkami żółtemi.

Powyższych wyników nie można odnosić do faktu, że prolan znajduje się także w samem łożysku, gdyż wstrzykiwane przez autora białko łożyskowe było poprzednio dehormonowane. Wnioski: 1) Przy rozpadzie komórek jajowych tworzą się ciała powodujące luteinizację jajników. 2) Ciała te mają charakter i cechy hormonu. 3) Ilość tych ciał zależy od stopnia rozwoju komórki jajowej. 4) Teorja R. Meyera odnosi się także do dojrzewających komórek jajowych. *T. Wiczyński* (Lwów).

W sprawie poznania substancji czynnej ciałka żółtego. E. ENGELHART. Arch. f. Gyn. T. 148, Z. 1.

Doustnie stosowany hormon ciałka żółtego nie działa zupełnie nawet w dawkach dużych, gdyż ulega rozkładowi w jelitach pod wpływem zaczynów rozszczepiających tłuszcze. Przez dodanie wyciągu trzustki zawierającego lipazę można *in vitro* spowodować rozkład hormonu ciałka żółtego i znieść jego działanie. Inaktywowany pod wpływem ciepła zaczyn nie wpływa ujemnie na działanie ciałka żółtego. Substancja czynna wyciągu ciałka żółtego jest według wszelkiego prawdopodobieństwa estrem, rozpuszczalnym w oliwie względnie w eterze.

K. B. (Lwów).

Oddechanie i fermentacja łożyska ludzkiego przeżywającego, wpływ hormonów na takowe, oraz przemiana kwasu mlecznego łożyska żyjącego w zwierzęciu ciężarnem. LOESER. Arch. f. Gyn. T. 148, Z. 1.

Na 50 świeżych łożyskach ludzkich badał autor glikolizę beztlenową według metody Warburga. Wartości dla kwasu mlecznego beztlenowo powstałego wynosiły na godzinę i miligram tkanki przeciętnie około 0,01%. Tylko łożyska z pierwszych trzech miesięcy ciąży wytwarzały beztlenowo większe ilości kwasu mlecznego. Na 9 doświadczeń udało się 6 razy wyraźnie zwiększyć glikolizę beztlenową przez małe dawki insuliny (0.01 jednostki), 3 razy insulina nie zadziałała zupełnie. Folikulina i adrenalina nie wywierały żadnego wpływu na glikolizę beztlenową. Badania na glikolizę beztlenową wykazały, że łożysko, podobnie jak przy raku, obejmuje mieszaninę przemiany materji a mianowicie procesów utleniania i rozszczepiania, przyczem procesy te jednak są bardzo słabe, im starsze jest łożysko pod koniec ciąży. Iloraz glikolizy tlenowej i oddechania wynosi dla tkanki łożyskowej około 1. Łożysko wobec tego zbliża się tą wartością do zachowania się tumorów dobrotliwych i wykazuje, że oddechanie jego nie wystarcza już zupełnie, aby mogło usunąć produkty rozkładu. W środowisku zawierającem białko (surowica) powyższy iloraz wprawdzie spada, jednak glikoliza tlenowa zawsze jeszcze się utrzymuje. W przeważnej części doświadczeń autora nie mogło być mowy o nadmiernej fermentacji według Warburga. Insulina podnosiła oddechanie łożyska i przez to osłabiała fermentację. Folikulina nie wywierała żadnego działania. Ponieważ stwierdzono, że łożysko matki wytwarza *in vitro* kwas mleczny tlenowo, badano krew matki i krew krążenia łożyskowego na zawartość kwasu mlecznego. Stwierdzono, że w krążeniu łożyskowem gromadzi się większa ilość tego kwasu, aniżeli w krwi matki. Krew do tych doświadczeń pobierano u kobiet rodzących normalnie lub rozwiązanych zapomocą cięcia cesarskiego.

W przeciwieństwie do wyników Winda i Oettingera, którzy do doświadczeń używali świnek morskich, stwierdził autor w swych doświadczeniach na królicach ciężarnych, że krew odpływająca z macicy zawiera więcej kwasu mlecznego aniżeli krew dopływająca. Sztuczne zwiększenie ilości kwasu mlecznego we krwi ma działanie trwalsze u zwierzęcia ciężarnego, aniżeli u nieciężarnego. Autor nie uważa za rzecz pewną, czy znaczne zwiększenie ilości kwasu mlecznego, jakie prawie zawsze występuje w przypadkach zatruć ciążowych, odnieść należy do produkcji kwasu mlecznego w łożysku, co jednak ma miejsce z uszkodzeniem wątroby, powstającem zawsze w tych cierpieniach. Ponieważ między glikolizą tlenową młodych i starych łożysk istnieją bardzo znaczne różnice, należy przyjąć, że pewne elementy tkankowe łożysk młodych są zdolne wywołać pewien proces fermentacji, który ma miejsce i odbywa się tylko w tkance nowotworowej (w tumorach). Te elementy tkankowe muszą zatem znajdować się blisko granicy tkanki rozwijającej się normalnie a rozrastającej się patologicznie. *K. B.* (Lwów).

Powstawanie łusek, ruja i regularność. FELLNER. Arch. f. Gyn. T. 148, z. 1.

Dla żeńskiego hormonu płciowego uważa autor nazwę *„feminina“* za najwłaściwszą i twierdzi, że słuszne jest jego zapatrywanie z przed 17 lat, iż feminina jest lipoidem. Na podstawie prac własnych, jakoteż odnośnego piśmiennictwa, tyczącego się powstawania łusek, dochodzi on do następujących wniosków: Okres powstawania łusek odpowiada okresowi tuż przed regularnością. Ponad nabłonkiem płaskim wytwarza się u kobiety i u samic zwierząt warstwa czynnościowa, gruczoły szyjki rozrastają się ilościowo i jakościowo, nabłonek ich staje się wyższy. Wskutek wytwarzania się warstwy zgęszczającej międzynabłonkowej oddzielają się komórki powierzchowne. Warstwa zrogowaciała dolnej części pochwy grubieje i rozrasta się ku górze. Nie istnieje przytem wcale odpadanie, względnie oddzielanie się w drobnych okruchach warstwy zrogowaciałej. Rozkład występuje dopiero po okresie łuszczenia. Brak leukocytów tłumaczy się zamknięciem szyjki, jakoteż gęstem ułożeniem komórek warstwy czynnościowej i warstwy zgęszczającej w pochwie.

Autor sądzi, że w okresie łuszczenia nie znajduje się wcale ciałko żółte czynne, lecz tylko stare, i że pod koniec następuje pęknięcie folikułu, a po skończeniu tego okresu wytworzenie się ciałka żółtego, zaś w okresie między dwoma łuszczeniami jego rozkwit i wreszcie obumarcie w okresie przed łuszczeniem. Uważa za rzecz najbardziej prawdopodobną, że łuski pochodzą z komórek warstwy czynnościowej.

Doświadczenia na myszkach, samicach szczurzych i świnek morskich wykazały, że nie istnieje u nich właściwy okres rui i że królica z powodu braku rozwoju ciałka żółtego jest zawsze w stanie rui. U innych zwierząt występuje ruja nie w czasie okresu łuszczenia i dlatego nie można obu okresów uważać za to samo zjawisko. Uzasadnia, dlaczego zarzuca tworzenie się łusek u zwierząt skastrowanych jako miarę dla oznaczenia zawartości (ilości) femininy (jednostka szczurza lub mysia) i zaleca swą metodę oznaczania powiększenia macicy królic płciowo niedojrzałych o wadze około 1 kg.

W osobnej tablicy uwidacznia, jak rozbieżne są podawane przez rozmaitych autorów ilości co do zawartości femininy w poszczególnych organach i wskazuje, że przyczyną tej rozbieżności są tylko metody obliczania.

Feminina pochodzi głównie z ciałka żółtego, ponadto z komórek śródmiąższowych, lecz nie z pęcherzyka lub jajka. W okresie rozkwitu ciałka żółtego brak jest okresu łuszczenia, ponieważ wówczas wytwarza się właśnie ciało hamujące w ciałku żółtem. Autorowi nie udało się dotąd uzyskać tego ciała działającego hamująco i nadmienia, że ciało to produkuje albo sam sutek albo łącznie z ciałkiem żółtem. Feminina nie gromadzi się w łożysku, tylko jest tam produkowana a dla usadowienia się jaja płodowego ma znaczenie zasadnicze.

Z czterech hormonów wytwarzanych w przednim płacie przysadki, zdaniem autora, prolan B powoduje zwiększanie się luteinizacji jajnika. Te komórki luteinowe produkują znowu femininę, która działa hamująco na produkcję prolanu B i w ten sposób istnieje działanie zmienne pomiędzy przednim płatem przysadki i ciałkiem żółtem. Błona śluzowa macicy produkuje małe ilości hormonu p. p. p., doczesna natomiast ilości bardzo duże i stanowi w ciąży główne źródło produkcji hormonu luteinizacyjnego. Na podstawie licznych badań sądzi, że feminina obok własności występującej w pewnych warunkach, a polegającej na zdolności tamowania krwawień, przedewszystkiem odznacza się zdolnością wywoływania krwawień. W czasie rozwoju ciałka żółtego ciało hamujące ma przewagę nad feminina.

Teorja cyklu kobiecego według autora w krótkości przedstawia się następująco: Prolan A powoduje dojrzewanie folikułów i ich pęknięcie, zaś prolan B luteinizację. Powstałe ciałko żółte produkuje femininę i ciało hamujące. Feminina działa na budowę błony śluzowej macicy, zaś ciało hamujące zapobiega powstaniu rui, okresu łuszczenia i regularności. Zwiększająca się produkcja femininy działa hamująco na czynność wydzielniczą przedniego płata przysadki, co powoduje obumarcie ciałka żółtego. Ciało hamujące znika szybko z krwi, przez co feminina zyskuje na przewadze tak, że występuje ruja, okres łuszczenia i regularność.

Na końcu wylicza autor wszystkie dotychczas poznane własności femininy, wykryte przeważnie przez niego i innych badaczy, a które ze względu na ich mnogość nie nadają się do streszczenia. *K. B.* (Lwów).

Patologja.

Jednostki chorobowe a pojęcie specyficzności. F. BEZANCON. Pres. Méd. Nr. 83. 1932.

W wykładzie otwierającym XXII Francuski Kongres Medycyny omawia autor ogólne zagadnienia patologji, w szczególności zajmuje się pojęciem specyficzności. Wychodząc z założenia, że podział na ściśle określone jednostki chorobowe nie może być oparty na trwałych podstawach, jeśli te same środki lecznicze np. zastrzyki białka stosuje się z dobremi wynikami w tak różnych chorobach jak np. dychawica oskrzelowa i choroby zakaźne, albo też zastrzyki złota przeciw gruźlicy, kile, zakażeniom paciorkowcowym i reumatyzmowi chronicznemu, — sądzi, że mi-

nął już w medycynie okres morfologiczny, opisowo-kliniczny z anatomją patologiczną i specyficznością bakteryjną na czele, którego dążeniem było poznanie za wszelką cenę etjologji choroby i to etjologji t. zw. „specyficznej". Odkrycie anafilaksji i poznanie pokrewnych stanów alergicznych przesunęło zainteresowanie w innym kierunku, — w kierunku patogenetycznym. Obecnie nietyle chodzi nam o poznanie przyczyny choroby, chociaż i to nie jest bez znaczenia, ile o poznanie mechanizmu powstawania różnych zmian chorobowych. Charakter zmian chorobowych jest wynikiem działania nietylko jakości, ilości i zjadliwości drobnoustrojów, ale i stopnia wrażliwości czy odporności organizmu. Odmienne zachowanie się organizmu, który już raz zetknął się z drobnoustrojem czyli zjawisko alergji, znana przewrażliwość niektórych ludzi nie na pewne tylko gatunki wywoływaczy, ale na ich wielką ilość i rozmaitość — każą zrewidować nasze pojęcia o specyficzności, a zwrócić baczniejsza uwagę na poznanie sposobów reagowania całego organizmu i jego różnych układów tkankowych. *Skowroński* (Lwów).

Czkawka. MAYO. Surg. Gyn. a. Obst. 1932. 55/6.

M. rozróżnia następujące postacie czkawki: zakaźną, chemiczną, mechaniczną, histeryczną i nieokreśloną. Czkawka zakaźna, epidemiczna trwa kilka dni do kilku miesięcy, ma przebieg ciężki, na leczenie jest oporna; wywołana jest przez paciorkowca (Rosenau przypuszcza, że istnieje *streptococcus singultus*). Czkawka zakaźna pooperacyjna występuje najczęściej po zabiegach na kiszce, drogach moczowych i t. d. w miesiącach między listopadem a kwietniem, w 1—7 dniu po zabiegu, a trwa przeciętnie 10 dni. M. wyhodował w jednym przypadku paciorkowca neurogen., który zaszczepiony zwierzęciu wywołał skurcze przepony. Czynnik zakaźny w czkawce jest podobny do takiegoż czynnika w zapaleniu mózgu, ponieważ po zastrzyku roztworu globulin. antyencefalitycznego czkawka często znika w kilku godzinach. Symptomatyczny środek leczniczy nie istnieje, najlepiej jeszcze działa wziewanie kwasu węglowego, tlenu lub środków znieczulających jak eter i chloroform; ogólnie należy przeciwdziałać odwodnieniu i podtrzymywać serce.

Czkawkę chemiczną powodują substancje i płyny drażniące; trwa krótko, łączy się zwykle z czynnikiem mechanicznym, występuje najczęściej po zabiegach na żołądku. Leczenie polega na opróżnieniu żołądka i jelit i stosowaniu środków symptomatycznych.

Czkawka mechaniczna centralna powodowana wzmożonem ciśnieniem śródczaszkowem znika po trepanacji wzgl. dożylnem podaniu płynów hipertonicznych; obwodowa ukazuje się w następstwie ostrego rozszerzenia żołądka np. u noworodków, przewlekłych stanów chorobowych żołądka i nowotworów; ostatnia wymaga leczenia chirurgicznego.

Czkawka histeryczna występuje u kobiet w 18—35 r. ż., nerwowych, trwa do kilku miesięcy; leczenie sugestyjne; zabiegi na nerwie przeponowym nie są racjonalne.

Autor przytacza dwa przypadki czkawki pooperacyjnej, na którą korzystny wpływ miała autowakcynacja.

Janik (Iwonicz).

W sprawie zachowania „żywotności" krwi. G. P. KOWTUNOWICZ. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 1—2. 1933.

Krew zachowuje swoją „żywotność" w rozczynach biologicznych. Na Cl, i t. p. w stosunku 1 cz. krwi na 2 cz. rozczynu przy ciepłocie 15—30° niedłużej ponad 6—8 dni; w rozczynie 4% glukozy z dodatkiem cytrynianu sodowego, przy ciepłocie 15—30° czas ten przedłuża się do 15—18 dni. Przeciwwskazaniem do transfuzji krwi „żywotnej" jest hemoliza, nawet najmniejsze jej ślady. Nazwa „krew konserwowana" jest niewłaściwa, gdyż z pojęciem konserwacji łączą się zmiany produktu podlegającego konserwacji, natomiast krew „żywotna" nie może podlegać żadnym zmianom, gdyż najmniejsze ślady hemolizy są przeciwwskazaniem do transfuzji. Dla celów transportu należy krew zalać warstwą 1 cm³ wyjałowionej parafiny, ażeby zapobiec wstrząsaniu, gdyż wstrząsy naczynia z krwią prowadzą do rozpadu czerwonych ciałek, co w następstwie powoduje hemolizę. Pozatem zalewanie parafiną chroni przed zakażeniem — parafina odgrywa rolę korka.

Kwestja żywotności krwi ma doniosłe znaczenie dla celów ochrony państwa. Uwzględniwszy warunki klimatyczne, geograficzne, transportowe i przemysłowe Sowietów, uważa autor, że osiągnięte wyniki zachowania „żywotności" krwi przez 15—18 dni są jeszcze niewystarczające. *Segal* (Lwów).

Doświadczenia nad przetaczaniem odwłóknionej krwi. W. BEHR. Med. Klin. Nr. 5. 1933.

Autor stosując w 42 przypadkach przetaczenie krwi odwłóknionej, przychodzi do przekonania, że sposób ten niesłusznie był uważany za niebezpieczny, a w porównaniu z przetaczaniem krwi cytrynianowej należy uważać go za conajmniej równorzędny. O ile przestrzegamy, by od chwili odwłóknienia do reinfuzji upłynął czas niemniejszy od 30 do 60 min., wówczas późniejszych powikłań prawie że unikamy. Tylko w 12% przypadków wystąpiły dreszcze, co sposobu tego nie obciąża.

Godłowski (Kraków).

Zmiany wielkości śledziony w obrazie rentgenowskim i równoczesne zmiany obrazu krwi po adrenalinie. L. VOLICER i S. VĚŠIN (Praga). Ztschr. f. Klin. Med. B. 122. Str. 57—82.

Dla uwidocznienia wielkości śledziony na kliszy rentgenowskiej stosowali autorowie nasycenie śledziony torotrastem. W poadrenalinowym skurczu nie można było rentgenologicznie stwierdzić różnicy między śledzioną normalną a patologiczną. Równocześnie ze skurczem śledziony występują zmiany we krwi: leukocytoza (różnopostaciowa, zależnie od schorzenia), mniej wyraźnie i bez związku ze skurczem śledziony występuje erytrocytoza. Autorowie dochodzą do wniosku, że śledziona odgrywa niewątpliwie rolę w poadrenalinowej leuko i erytrocytozie, lecz wchodzą jeszcze w rachubę pozaśledzionowe czynniki: prawdopodobnie gruczoły limfatyczne, szpik kostny, wątroba, mięśnie i wpływ nerwów zwężających naczynia obwodowe.

H. Długosz (Lwów).

Rodzinne występowanie lipodystrophia progressiva, otosclerosis, cystes ossium, debilitas mentalis. H. C. VAN LEEUWEN (Leida — Holandja). Ztsch. f. Klin. Med. B. 123. Str. 534—547.

Kilku członków jednej rodziny cierpiało na: upośledzenie słuchu, niedorozwój umysłowy, niski wzrost, wychudzenie twarzy. Z małżeństwa między krewnymi tej rodziny, na 8 dzieci 3 siostry wykazywały: *lipodystrophia progres, otoscleros., debilitas ment.*, zmiany w kościach (cysty i mała pneumatyzacja szczęki górnej). Pierwszy w piśmiennictwie opis tego rodzaju schorzenia.

H. Długosz (Lwów).

Jednostronne palce pałeczkowate. L. LONCAIDES (Wiedeń). Ztsch. f. Klin. Med. B. 121. Str. 724—729.

Do nielicznych opisanych przypadków (17) jednostronnego występowania palców pałeczkowatych dołącza autor własny, podobnie jak u przeważnej ilości innych autorów, wywołany przez tętniak tętnicy głównej na tle kiłowem. Jeden przypadek jedn. palc. pałecz. cytowany z piśmiennictwa wystąpił wskutek zwichnięcia stawu barkowego. Do wystąpienia powyższych zmian potrzeba nietylko przyczyny wywołującej (tętniak) lecz podłoża konstytucjonalnego, gdyż na 121 przyp. tętniaków, zestawionych przez P o l a n d a, tylko w 3 wystąpiły po jednej stronie pałeczkowate palce. *H. Długosz* (Lwów).

Stosunek nerczycy lipoidowej do zapalenia nerek. BELL. An. of Int. Med. Vol. VI. Nr. 2, 1932, str. 167.

Ogólnie odróżniamy dwie postacie przewlekłego kłębuszkowego zapalenia nerek: typ mocznicowy, charakteryzujący się zatrzymywaniem ciał azotowych oraz typ hydropiczny — nerczyca — charakteryzujący się obrzękami i białkomoczem znacznego stopnia. Pomiędzy temi dwiema grupami posiadamy wiele klinicznych postaci przejściowych. W typie nerczycowym nerki zwykle są wielkie i zawierają tłuszcz, podczas gdy typ mocznicowy posiada z reguły nerki marskie. Typ nerczycowy (nerczyca lipoidowa) dzieli się na czystą nerczycę lipoidową oraz na typ mieszany (zapalenie nerek, składnik nerczycowy). Czysta nerczyca różni się od mieszanej brakiem krwiomoczu, nadciśnienia i uszkodzenia czynności nerek. Stwierdzenie czystej nerczycy jest bardzo rzadkie, zwłaszcza przy tylu znanych postaciach przejściowych od typu czystego do mieszanego. Obrzęk jest prawidłowym objawem zapalenia nerek i nie należy przypuszczać, że każde zapalenie nerek z obrzękiem zawiera składnik nerczycowy. Autor jest zwolennikiem poglądu, że pierwotne uszkodzenie w przypadkach nerczycy i zapalenia nerek wywołane jest jadowitem uszkodzeniem naczyń włosowatych kłębuszków. Jeżeli natomiast nie wystąpi wogóle lub tylko nieznaczna reakcja naczyń włosowatych, wówczas mamy przed sobą obraz nerczycy. Mierna reakcja prowadzi do objawów, towarzyszących zapaleniu nerek t. j. krwiomoczu, nadciśnienia, uszkodzenia czynnościowego nerek. Znaczna reakcja powoduje obraz zapalenia nerek. Obraz kliniczny zależy w znacznej mierze od rozległości i charakteru uszkodzenia naczyń kłębuszków. Jeżeli są zupełnie drożne i pozwalają na utratę wielkiej ilości białka — powstaje nerczyca. Jeżeli są zwężone lub niedrożne, wówczas utrata białka nie jest tak znaczna, natomiast znaczniejsze jest nadciśnienie oraz niedostateczne jest wydzielanie ciał azotowych. Zdaniem autora nerczyca lipoidowa nie jest oddzielną jednostką chorobową, tylko pewną postacią kłębuszkowego zapalenia nerek. *Ungar* (Lwów).

Odporność nerek na ropne zakażenia. G. WOLFSOHN. Med. Klin. Nr. 8. 1933.

Miąższ nerkowy jest wybitnie odporny na zakażenie ropne, tak przez odporność biologiczną wrodzoną, jakoteż przez anatomiczno-mechaniczne warunki, dzięki osobliwemu krążeniu krwi i limfy oraz dzięki obecności właściwej torebki nerki. W przeciwieństwie do miąższu, wnęki i miedniczki nerkowe są wybitnie skłonne na zakażenia ropne. Dowodzi tego doświadczeniami na zwierzętach i własnemi spostrzeżeniami klinicznemi.

Godlowski (Kraków).

Przyczynek do zagadnienia urikolizy u człowieka. J. MĚLKO. Bratislavské Lekarské Listy. Z. 12. 1932.

Autor badał urikolityczną zdolność wyciągów tkankowych z wątroby, śledziony, nerek i trzustki u człowieka. Wątroba, nerka i śledziona posiadają w stanie świeżym nieznaczną zdolność urikolityczną. Natomiast wyciągi z trzustki wykazują wybitną zdolność w tym kierunku. Wyciąg z nadnercza nie posiada wogóle zdolności urikolitycznej. Trypsyna sama nie działa urikolitycznie.

Autor przyjmuje, że u człowieka zaczyn urikolityczny powstaje w trzustce i w tym też narządzie rozwinąć on może swe główne działanie. Również, zdaniem autora, dna może pozostawać w pewnym związku z urikolityczną czynnością trzustki.

We krwi żylnej trzustki psa nie można wykazać nawet śladów czynnika urikolitycznego, natomiast krew ta posiada mniej kwasu moczowego aniżeli krew tętnicza trzustki. Jeżeli pozostawimy wyciąg trzustki przez 3 dni w ciepłocie pokojowej, wówczas traci on swoje zdolności urikolityczne. Trzustka cukrzycowa wykazywała w jednym badanym przypadku w przeciwieństwie do trzustki prawidłowej zmniejszoną własność urikolityczną. Przez gotowanie traci wyciąg trzustki człowieka zdolność urikolityczną. Optimum działania leży przy pH 7—7.5. Oprócz bezpośredniego działania urikolitycznego trzustki, może u zwierząt czynnik urikolityczny, powstający w trzustce, przedostawać się prądem krwi do wszystkich narządów, w pierwszym rzędzie do wątroby. W rzeczywistości można u zwierząt wykazać w wątrobie znaczną ilość urikazy, którą posiadają, przynajmniej w nieznacznej ilości, wszystkie narządy.

Ungar (Lwów).

Częstość przepukliny przeponowej i jej związek z dusznicą bolesną. E. ZDANSKY, E. ELLINGER. Med. Klin. Nr. 2. 1933.

Najczęściej w t. zw. przepuklinach przeponowych, nawet stwierdzonych rentgenologicznie, mamy do czynienia z bańkowatem rozszerzeniem nadprzeponowej części przełyku. Są jednak zupełnie pewne przypadki przepukliny rozstępu przełykowego przepony. Związku dusznicy bolesnej na drodze odruchowej z istnieniem przepukliny przeponowej nie udaje się stwierdzić.

Godlowski (Kraków).

Choroby skórne i weneryczne.

Wysypki spowodowane zatruciem pochodnemi barbiturowemi. MAILLARD, LEVY i FIEHRER. Mond. Méd. Nr. 823. Z. 1/II. 1933 r.

Autorowie opisują powstawanie toksydermji w czasie leczenia epilepsji pochodnemi barbiturowemi. Osutka nie zależy od wielkości dawki, występuje przedewszystkiem u „predysponowanych" albo bardzo wcześnie albo też w czasie leczenia po pewnym okresie jakby wylęgania i po objawach prodromalnych. Wysypka może być podobna do różyczki lub też płonicy ze świądem, obrzękiem lub sinicą, z wysypką błon śluzowych, gorączką do 38^0. Z tych względów należy o tym charakterze pseudoinfekcyjnym pamiętać w diagnostyce różniczkowej. Patogeneza nie jest jasna, istnieje teorja: a) fotosensybilizacji (ciała barbiturowe wywołują powstawanie hematoporfiryny, a jej obecność ułatwia powstanie rumienia), b) anafilaksji, oraz c) biotropizmu (lek wprowadzony do organizmu wzmaga utajoną żywotność rozmaitych saprofitów. Prognoza schorzenia jest dobra, przerywa się leczenie lub zmniejsza dawki, co zdaniem autorów jest racjonalniejsze.

E. Frisch (Lwów).

Rozważania w sprawie zmian kiłowych w kościach długich u płodów. BROCHIER (Lyon). Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. r. 1933. Z. 4.

Zmiany w kościach długich u płodów i noworodków kiłowych należą do objawów pewnych i stałych. Wegner rozróżnił 3 stopnie zmian: w 1-szym zmiany są nieznaczne; biało - żółtawa linja dzieląca chrząstkę od kości ulega rozszerzeniu do 3 mm., powierzchnie nasad są szorstkie, pokryte nierównemi ząbkami. Drobnowidowe badanie wykazuje nadmierne rozszerzenie prowizorycznych pasów zwapnienia. 2-gi st. cechuje się pstrym wyglądem wskutek zmian w zabarwieniu poszczególnych warstw; istotnem zaburzeniem jest tu pewne wstrzymanie wszystkich spraw rozrostowych w granicach nasad i zwapnienie wszystkich powstających prowizorycznie pierwiastków. W 3-cim st. daje się zauważyć pomiędzy pasem kostnienia a kością obfita tkanka krucha barwy szarej z odcieniem czerwonym. Tkanka ta, nazwana przez W e g n e r a tkanką granulacyjną, otacza naczynia, wciska się w kanaliki kostne i, powodując rozrzedzenie utkania kostnego, może doprowadzić nawet do oddzielenia trzonu od nasady. Nadmierne bujanie tkanki granulacyjnej jest właśnie dla wielu autorów końcowym okresem w rozwoju zmiany kiłowej chrząstki pośredniej *(osteochondritis luetica)*, ponieważ oddzielenie trzonu od nasad zdarza się zdaniem niektórych autorów jedynie u płodów zmacerowanych. Omówione zmiany mogą być rozpoznane w późniejszych okresach zapomocą Roentgena, — początkowe tylko przez badanie histologiczne.

H. Newlińska (Lwów).

Alergja jodowa czyli przewrażliwość skóry na jod. H. KAISER. Med. Klin. Nr. 36. 1932.

Poziom jodu we krwi u chorych na nadczynność tarczycy, nawet tylko u napiętnowanych nadtarczycznie jest podniesiony, dlatego skóra tych osób staje się przewrażliwą względem jodu. Korzystając z tego H o k e wprowadzał 0.8% roztwory jodku potasu w formie pęcherzyka śródskórnego i u tych chorych występował odczyn w postaci mniej lub więcej zaczerwienionego koła, obrzęku i z tych objawów oceniał autor siłę odczynu. Na 30 przypadkach stwierdza, że u chorych napiętnowanych nadtarczycznie występuje odczyn dodatnio. W kilku przypadkach nie wystąpił, ponieważ chorzy ci przebyli leczenie bądź energją promienistą bądź chirurgiczne.

Godlowski (Kraków).

Kiłowe zapalenie żył zakrzepowe. A. SCHICK. Med. Klin. Nr. 4. 1933.

U chorego z dolegliwościami podmiotowemi i przedmiotowemi, typowemi dla zakrzepowego zapalenia żyły udowej, na podstawie zapodań, wyników dodatnich odczynów serologicznych przyjęto tło kiłowe dla owego schorzenia, które oceniono jako *phlebitis luetica truncularis*. Leczeniem swoistem objawy w zupełności usunięto. Tę postać kiły uważa autor za kiłę trzeciorzędną.

Godlowski (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

P o s i e d z e n i e w dniu 12. marca 1932 roku.

Przewodniczy: wice-prezes Kol. B a t a w i a.

1. Kol. S o b o l pokazał chorą, lat 33, z podejrzeniem *na guz śródpiersia.*

Chora uskarża się na duszność, kaszel, dreszcze, brak łaknienia i wymioty. Badanie fizykalne wykazuje przytłumienie odgłosu opukowego na dość znacznej przestrzeni na prawo od mostka z osłabieniem szmerów oddechowych nad górną częścią stłumienia i zniesieniem ich nad dolną częścią stłumienia. Roentgen wykazał: „prawa granica śródpiersia znacznie rozszerzona; rozszerzony cień, aczkolwiek odpowiada konturom serca, jednak falistość konturu przemawia za sprawą guzowatą śródpiersia". Badanie krwi wykazało: Hb 61%; c. czerwonych — 4.120.000; c. białych 7.225; wskaźnik barwny 0,76; na preparatach świeżych pod drobnowidzem obraz krwi normalny; na preparatach barwionych wzór leukocytów według S c h i l l i n g a: limfocytów małych 11%, limfocytów dużych 6%, monocytów 2%, obojętnochłonnych wielojądrzastych 77%, kwasochłonnych 4%. Naświetlenie promieniami Roentgena żadnej poprawy nie dało. Chora pozostaje w obserwacji.

W dyskusji: Kol. S z a n i a w s k i uważa, że chorą należy skierować na obserwację do szpitala. Kol. K o n ó w n a przypomina sobie tę chorą ze szpitala, miała ona wkrótce po porodzie szereg ropni. Kol. W a j n b a u m mówi o możliwości *mediastinopericarditis.* Kol. D y k i e r o w a uważa za konieczne zbadanie krwi na odcz. Wassermanna, gdyż niewykluczony jest kilak.

2. Kol. K a g a n wygłosił odczyt: *„Zgorzel płuc"*.

W pierwszej części odczytu prelegent omawia szczegółowo etjologję i florę bakteryjną przy zgorzeli płuc. Wprowadzenie neo - salwarsanu do terapji zgorzeli przyczyniło się do większego zainteresowania się tą jednostką chorobową. Skuteczne działanie N. S. wystarcza jednak do stwierdzenia, jakoby zgorzel była wywołana wyłącznie przez krętki i wrzecionowce *(bact. fusiforme)* jak to chce P l a u t. Zasługują natomiast na uwagę badania S c h o t t m ü l l e r a, K r e s l i n g a i B i n g o l d a, którzy

udowodnili, że wykryty przez Schottmüllera beztlenowiec *streptococcus putridus* przyczynia się w dużym stopniu do powstania zgorzeli płuc. Większość francuskich autorów taksamo powątpiewa w patologiczne znaczenie krętków i wrzecionowców, uważając je za zwykłe saprofity.

Przechodząc do leczenia zgorzeli płuc, należy zaznaczyć, że pierwsze miejsce wśród środków konserwatywnych zajmuje N. S. Z wprowadzeniem N. S. do leczenia zgorzeli płuc rokowanie znacznie się polepszyło. N. S. jednak często zawodzi, szczególniej w przypadkach, gdzie większe ognisko — jama — przylega bezpośrednio do opłucnej i jest napięte przez zrosty i zgrubienia. Lepsze wyniki można osiągnąć przy ogniskach, leżących więcej dośrodkowo, ale i to niezawsze. W szpitalu na Zawodziu w ciągu 16 miesięcy było 6 przypadków zgorzeli płuc. W dwóch przypadkach stosowano N. S. lecz bez wyniku, jeden z tych chorych zmarł. (Był to 32 letni mężczyzna chory od 3 tygodni. Z powodu b. ciężkiego stanu pacjenta nie udało się zebrać szczegółowych wywiadów. Stwierdzono tylko, że na początku choroby spluwał krwią. W szpitalu odpluwał około 3 szklanek cuchnącej plwociny na dobę. Temp. dochodziła do 40°. Badanie wykazało nacieczenie całego prawego dolnego płatu płuc i dużo rzężeń dźwięcznych; w plwocinie strzępy tkanki płucnej. Koch ujemny. Wassermann ujemny; odcz. Biernackiego 35 min. Chory otrzymał 4 zastrzyki N.-S. jednak bez wpływu nietylko na stan ogólny, lecz i na objawy gnilne. Więcej zastrzyków nie pozwolił sobie robić. W 5 tygodniu chory zmarł).

Drugim środkiem, który przed kilkoma laty został wprowadzony do terapji zgorzeli płuc jest emetyna. Emetynę, jako alkaloid *rad. Ipecacuanhae* stosują oddawna przy tropikalnej dysenterji, tropikalnych ropniach wątroby i nieżytach oskrzeli. We Francji zaczęto stosować emetynę przy zgorzeli płuc i to z wynikiem dobrym. Na czem polega działanie emetyny, trudno powiedzieć, również nie wiemy, na czem polega działanie N.-S. Badania wykazały, że emetyna zwalnia napięcie i skurcz oskrzeli, opróżnia oskrzela ze śluzu i tą drogą zmniejsza duszność.

W szpitalu na Zawodziu stosowano emetynę w 5 przypadkach:

I. przypadek dotyczy 39 letniego mężczyzny, który podobno przechodził dur brzuszny. Stan ogólny b. ciężki; temp. 40°; charłactwo. Odpluwał na dobę około 2 szklanek b. cuchnącej plwociny. W prawym dolnym płacie stwierdzono ognisko zgorzelinowe. W plwocinie dużo włókien elastycznych, liczne paciorkowce, pojedyncze wrzecionowce; Wassermann (—); Odczyn Biernackiego 24 min. Leukocytoza 18.000. Zastosowano N.-S. bez wyniku. Na założenie odmy chory nie godził się. Próbowano jatren-kazeinę bez wyniku. Zastosowano wówczas emetynę w dawkach po 0,04. Już po pierwszym zastrzyku zmniejszył się kaszel. Po 2 zastrzyku ustąpił wstrętny zapach; temp. opadła do normy. Po 10 zastrzykach cały proces można było uważać za wygasły; obecnie chory jest zupełnie zdrów.

II. przypadek dotyczy 17 letniego pacjenta. Był on 2-krotnie operowany: raz z powodu ropnia w okolicy *coecum*, powtórnie z powodu zapalenia otrzewnej. Po 2 operacji zaczął wysoko gorączkować, kaszlać, wystąpiła silna duszność, oddawał dużo cuchnącej plwociny, która zawierała włókna elastyczne, dużo paciorkowców, mniej wrzecionowców i krętków. Koch (—). Zastosowano emetynę w dawkach 0,03. Po 1 zastrzyku ustąpiła duszność. Chory otrzymał 7 zastrzyków emetyny. W czasie leczenia przybrał na wadze 4 kg. Chory poddał się następnie 3 operacji (wycięcie wyrostka robaczkowego). Przebieg pooperacyjny był normalny.

III. przypadek dotyczy 13 l. pacjentki, skierowanej do szpitala z powodu posocznicy. Stan chorej był ciężki. W uśpieniu dokonano nacięcia kilkunastu ropni. Cuchnąca ropa zawierała paciorkowce w czystej hodowli. Po 2 miesięcznej kuracji ogólny stan znacznie się poprawił, lecz nagle chora zaczęła się uskarżać na ból w boku prawym, zaczęła kaszlać i odpluwać dużo cuchnącej plwociny. Badania wykazały ropień o charakterze zgorzelinowym w prawym dolnym płacie. Zastosowano emetynę w dawkach 0,03. Po 2 zastrzykach gnilny zapach ustąpił, ilość plwociny zmniejszała się z dnia na dzień. Po 10 zastrzykach proces można było uważać za całkowicie wygasły.

IV. przypadek dotyczy mężczyzny lat 61, z zawodu piekarza, chorego od 2 tygodni. W 3 dniu choroby zaczęła odchodzić cuchnąca plwocina, początkowo z domieszką krwi. Stan ogólny był ciężki, temp. 40°, majaczył. Odchodziło do 2 szklanek na dobę cuchnącej plwociny. Badanie wykazało duże nacieczenie w prawym dolnym płacie o charakterze zgorzelinowym. Po 2 zastrzyku emetyny w dawkach 0,05 temp. opadła do normy i gnilny zapach ustąpił. Po 8 zastrzykach powrócił do zdrowia.

V. przypadek dotyczy 11 letniej dziewczynki z ropnem zapaleniem opłucnej. W 6 tygodniu pobytu w szpitalu zaczęła odpluwać dużo cuchnącej plwociny, zawierającej włókna elastyczne. Stwierdzono ropień w prawym dolnym płacie. Po 5 zastrzykach emetyny w dawkach 0,03 wszystkie objawy ustąpiły i chorą wypisano.

Przebieg choroby we wszystkich 5 przypadkach kontrolowano Roentgenem. Z przytoczonych 5 przypadków widzimy, że emetyna we wszystkich tych przypadkach działała skutecznie. Szczególnie zwraca uwagę szybkie ustępowanie zapachu gnilnego i to najczęściej już po 2 zastrzykach oraz zmniejszenie się duszności i kaszlu. W porównaniu z N.-S. ma emetyna jeszcze tę zaletę, że jest mniej toksyczna i stosowanie jej jest o wiele prostsze.

Stosują także w zgorzeli trypaflawinę, *natr. kakodylicum* dożylnie w dużych dawkach, alkohol dożylnie. We Francji stosują surowicę *antiperfrigens*. Nadzieje pokładane na różne *balsamica* i olejki zawiodły. Tam, gdzie zawodzą wszystkie środki, należy zdecydować się na zabieg operacyjny (pneumotoraks, pneumotomja, torakoplastyka).

W dyskusji: Kol. Szaniawski miał dobry wynik w przypadku *bronchitis putrida cum pneumothorace putrid.* po stowarsolu. Kol. Konar zestawiając dobre wyniki leczenia emetyną, czerwonki pełzakowej i zgorzeli płuc zapytuje, czy nie robiono w tym kierunku poszukiwań w przypadkach zgorzeli płuc. Kol. Wejnbaum podaje, że według Kobrinera w 70% grypy wykryto pełzaki i tu emetyna daje też doskonałe wyniki. Kol. Dykierowa przypuszcza, że emetyna daje dobre wyniki wskutek działania jej na mięśniówkę oskrzeli, przyśpieszając i ułatwiając oczyszczenie oskrzeli z wydzieliny. Kol. Batawia mówi o leczeniu zgorzeli jodem zapomocą bronchoskopu. Kol. Szwedowski zwraca uwagę, że istota zgorzeli płuc, pomimo licznych badań, nie została jeszcze wyjaśniona. Jedni uważają zgorzel płuc za martwicę zakaźną, natomiast inni z Bezançon'em na czele przypisują zgorzel fermentacji gnilnej i zaliczają do zgorzeli płuc również wszelkie cuchnące sprawy ropne dolnego odcinka dróg oddechowych. Według Bezançon'a za sprawców zgorzeli płuc należy uważać zespół beztlenowców typu Veillona i swoistych dla zgorzeli krętków, odrębnych jednak od pasorzytujących w jamie ustnej i spotykanych w anginie Vincent'a. Co do prób podziału klinicznego zgorzeli płuc, przypomina z piśmiennictwa polskiego podział Sokołowskiego (nieuwzględniony przez prelegenta). Przy różniczkowaniu pomiędzy zgorzelą płuc a cuchnącym nieżytem oskrzeli należy podkreślić następujące różnice: plwocina w nieżycie cuchnącym łatwo rozpływa się w wodzie i nie zawiera włókien sprężystych, oddech chorego w zgorzeli płuc cuchnie stale, w nieżycie tylko podczas kaszlu. Co do jam gruźlicych, ulegają one bardzo rzadko zgorzeli, gdyż flora ich składa się przeważnie z prątków gruźliczych, wówczas gdy jamy w rozstrzeni oskrzeli zawierają obfitą i różnorodną florę bakteryjną. Tylko przewlekłe postacie gruźlicy włóknistej, doprowadzające niekiedy do rozstrzeni oskrzeli, mogą pośrednio w ten sposób być powodem zgorzeli. Przy leczeniu zgorzeli odmą, dobre wyniki otrzymujemy tylko wtedy, gdy ogniska zgorzelinowe znajdują się głęboko w miąższu płucnym, ogniska na obwodzie mogą doprowadzić do pęknięcia i zakażenia opłucnej. *(Streszczenie własne).*

Sekretarz: Adam Borkowski.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Sprawozdanie XVI. posiedzenia naukowego z dnia 19 maja 1933 r.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

1. Kol. Dobrzański, czł. Twa. przedstawił *przypadek ciała obcego w tchawicy dziecka.*

2. Kol. Ostrowski T. czł. Twa. przedstawia chorą, operowaną z powodu *raka pochwy, przechodzącego na prostnicę i w głąb zatoki Douglasa.*

Operację wykonano metodą „kombinowaną", pierwszy akt polegał na otwarciu w znieczuleniu lędźwiowem jamy brzusznej, podwiązaniu i przecięciu więzadeł i naczyń macicy i jej przydatków i uwolnieniu dolnego odcinka esicy po podwiązaniu jego krezki. Po uwolnieniu tych narządów z ich otoczenia miednicy małej zapuszczono się w głąb miednicy a nad niemi zaszyto otrzewnę umocowując ją dookoła esicy, której obwodowy odcinek został zapuszczony wraz z macicą pod otrzewnę. Po zaszyciu powłok brzusznych chorą ułożono na boku i drogą krzyżowo-kroczową wycięto prostnicę i macicę wraz z pochwą; dolny odcinek esicy wszyto w okolicy kości ogonowej, pozostałe części *musculus levator ani* zeszyto w celu odtworzenia międzykrocza. Usuwając metodą „kombinowaną" raka pochwy i prostnicy, korzystamy z dokładnego przejrzenia jamy brzusznej i przekonu-

jemy się o zasięgu sprawy nowotworowej; mamy możność doszczętnego usunięcia otoczenia prostnicy i jej górnego sąsiedztwa, operując pod kontrolą wzroku; podwiązanie naczyń esicy i *art. haemorch. sup.* wykonujemy, uwzględniając dokładnie ich przebieg i warunki anatomiczne w ich sąsiedztwie; operując „od góry" najpierw przecinamy drogi chłonne po ich skontrolowaniu a potem dopiero zbliżamy się do ogniska nowotworowego; tą drogą przygotowujemy dostatecznie długą pętlę kiszki grubej do wycięcia i wytworzenia nowej odbytnicy. Ostateczny moment wycięcia odbytnicy i jej otoczenia drogą kroczową jest już bardzo ułatwiony. Chorzy znoszą ten zabieg wcale dobrze, a wobec swej doszczętności zasługuje on w odpowiednich przypadkach na częstsze niż dotychczas zastosowanie.

3. Kol. Koskowski, czł. T-wa wygłosił: *Podstawy działania leczniczego przetworów morszyńskich.*

(Okaże się ogłoszone drukiem).

4. Kol. Długosz, czł. T-wa wygłosił: *zastosowanie lecznicze naturalnej morszyńskiej wody gorżkiej ze zdroju Bonifacego na podstawie dotychczasowych badań.* (P. G. L. nr. 20. 1933).

5. Kol. Ziembicki, czł. T-wa wygłosił: *Z historji Morszyna.*

(Okaże się ogłoszone drukiem).

6. Kol. Rencki, czł. T-wa wygłosił: *Morszyn w dobie obecnej.* Prelegent pokrótce przedstawił wynik prac adaptacyjnych, dokonanych dotychczas. W roku bieżącym odnowiono i rozszerzono łazienki, wybudowano pijalnię, przep owadzono kanalizację, jakoteż uporządkowano park zakładowy. Poczynione inwestycje ilustruje prelegent przeźroczami.

Sprawozdanie XVII. posiedzenia naukowego z dnia 26. maja 1933 r.

Posiedzenie odbyło się w Sanatorjum Kasy Chorych.

Przewodniczy: Kol. Doliński.

1. Kol. Dobrzański, czł. T-wa przedstawił:

a) *przypadek raka szczęki.*

W dyskusji: Kol. Schramm, czł. T-wa zaznacza, że narazie wynik jest dobry — ma doświadczenie wprawdzie bez radu, gdzie jednak spotyka się nawroty w 30 — 40%.

Kol. Ostrowski T. czł. T-wa zwraca się z apelem do stomatologów, aby wcześniej posuwać się do zabiegu chirurgicznego.

b) *Przypadek ciała obcego w jamie nosowo - gardłowej.*

c) *Tuberculoma krtani.*

W dyskusji: Kol. Ostrowski T. czł. T-wa zapytuje, czy nie dało się tego guza usunąć endolaryngealnie ewentualnie z wykonaniem równoczesnem tracheotomji.

Kol. Schramm, czł. T-wa podnosi, że nieznając charakteru guza dobrze, wykonano operację nie endolaryngealnie.

Kol. Dobrzański, czł. T-wa w odpowiedzi zaznacza, że guz był duży — był bezwzględnie wskazany zabieg od zewnątrz. W piśmiennictwie przypadki te sa mało znane.

2. Kol. Gruca, czł. T-wa przedstawił:

I. *3 przypadki z zakresu chirurgji szczeki dolnej.*

1) U chorej J. B. lat 36, od dwu lat obrzęk lewej połowy żuchwy, a następnie rozległe owrzodzenie i przetoki. Rozpoznanie drobnowidzowe: *fibro - sarcoma.* Rg. zniszczenie całej lewej połowy ramienia poziomego żuchwy.

U chorej 4. I. 33. wycięto część kości i otaczające części miękkie. Rana mimo rozległego owrzodzenia i przetok zgoiła się szybko. 10. 4. w ubytek kości wszczepiono ok. 10 cm VIII. żebra. Stan obecny wykazuje zupełne wygojenie się wszczepionego żebra — prawidłową ruchomość żuchwy i wcale dobry wynik kosmetyczny.

2) Chora S. A. lat 56. od ok. 6 tygodni obrzęk, ropienie i nekroza całego trzonu żuchwy na tle zakażenia od strony jamy ustnej. Osłabienie mięśnia sercowego; zapalenie płuc aspiracyjne.

Chorej wycięto całą chorą część żuchwy. Ubytek wypełniono protezą srebrną, opartą na powierzchniach przekroju szczęki. Wobec rozluźnienia się szwu od strony jamy ustnej rana zgoiła się *per secundam* dosyć szybko. Skóra niemal rychłozrostem. W ciągu 6 tygodni wytworzył się u chorej z pozostawionej okostnej mostek kostny, łączący resztki obu ramion poziomych z małą przetoką w linji środkowej. Stan ogólny chorej dobry. Czynność szczęki i wynik kosmetyczny dobry.

3) F. W. lat 26. 17. 12 powikłane złamanie szczęki dolnej w linji środkowej — w następstwie kopnięcia przez konia oraz złamanie prawego wyrostka stawowego żuchwy. 19. 12. szew wyrostka stawowego żuchwy drutem oraz ramienia poziomego i wyciąg bezpośredni przez zawieszenie ciężarka ok. 500 g w okolicy prawego kąta żuchwy. Do miesiąca ropiejąca rana na brodzie zgoiła się 19. 12 wyjęto szwy druciane. Zrost kostny zupełny. Czynność szczęk prawidłowa.

II. *Przypadek wyciecia krtani z powodu raka.*

J. S. lat 62, od 4 miesięcy bóle gardła. Rak płaskokomórkowy wypełnia niemal zupełnie światło krtani i zajmuje lewy fałd głosowy, nagłośnię i chrząstki nalewkowe. Poniżej kąta szczęki pakiet gruczołów wielkości pomarańczy. 23. 2 usunięto gruczoły łącznie z mięśniem mostkowo - sutkowo - obojczykowym i żyłą szyjną wewnętrzną.

Serja naświetlań Rg. na pole operacyjne. 10. 3 typowe wycięcie krtani. W następowym przebiegu lekkie zapalenie płuc. Choremu dano drugą serję naświetlań na krtań. 21. 4 wypisano. Obecnie czuje się dobrze. Przybrał na wadze. Rany gładko zgojone.

III. *Pokaz 5 przypadków torako - plastyki.*

1) F. E. lat 18. torbiel opłucnowa (dermoidalna?) wypełniająca całą lewą połowę klatki piersiowej do grzebienia łopatki.

18. 3 32. wycięcie czterech dolnych żeber i nacięcie torbieli, treść śmietanowata, gęsta, i liczne złogi wapienne.

11. 5. wycięcie żeber II. — VII. od tyłu.

13. 6. wycięcie 7 dolnych żeber od przodu.

21. XI. 32. Wyłyżeczkowanie złogów wapiennych i częściowe wycięcie ścian torbieli. Wszystkie zabiegi bez powikłań. Obecnie klatka piersiowa po stronie lewej zapadnięta, sztywna. Jama zanikła — opis przypadku ukaże się obszernie w druku.

2) P. H. lat 29, *Phtisis fibrocaseosa - cavernosa pulmonis sin. et condensatio apicis dextr.*

Chorej założono odmę po prawej stronie. 11. 4 32. wyjęcie nerwu przeponowego po lewej . 26. 4 32 wycięcie 5 dolnych żeber po lewej, 7, 6. 32. wycięcie żeber I — VI.

Wszystkie zabiegi bez powikłań. Chora przybrała na wadze, nie kaszle, nie gorączkuje. Czuje się dobrze.

3) W. T. lat 27. *Phtisis fibro-caseosa pulm. dext. Concretiones pleurales dxt. Tbc inc. Sin.*

20. 10 32. wycięcie żeber XI — VI. po prawej stronie. Przebieg bez powikłań. Wkrótce po operacji ustał kaszel. Obecnie nie gorączkuje, prawie nie kaszle. Przybrała na wadze 7 kg. Stan ogólny doskonały.

4) W. K. lat 34. *Phtisis fibro-cavernosa pulmonis dextr.*

W szczycie sztywna jama wielkości kurzego jaja. — 6. 10 31. i 25. 4 32. Wycięcie 11 żeber, czuje się doskonale, nie kaszle, nie gorączkuje, przybrała na wadze, kawerna znikła.

5) R. Ł. lat 20. *Phtisis fibro - caseosa, cavernosa pulm. dextr.* 28. 7, 22. 9. 1932 *torakoplastyka.* Obecnie nie kaszle, nie gorączkuje, przybywa na wadze. Chore płuco zupełnie zapadło.

Wszystkie powyższe zabiegi wykonano w znieczuleniu miejscowem, sposobem Sauerbrucha. We wszystkich rany zgoiły się rychłozrostem, we wszystkich zapadnięcie się chorego płuca jest idealne — a wynik kosmetyczny bardzo dobry: brak zewnętrznie widzialnego skrzywienia kręgosłupa, gładka blizna.

IV. *Trzy przypadki gruźlicy kręgosłupa.*

1) S. B. lat. 43. *Tbc. D. IX. — XI.* Przez 9 lat leczyła się z przerwami w Leysin. — Rok ostatni leżała w łóżku. Z chwilą przyjęcia stwierdzono u chorej jamę wielkości orzecha włoskiego w trzonie D. I. i zimny ropień przedkręgowy. Stan ogólny doskonały. 10. 12. 32. wykonano usztywnienie kręgosłupa zapomocą dwu płytek z kości piszczelowej, wszczepionych w łuki kręgów (modyfikacja własna).

Co 6 tygodni wykonywane zdjęcia Rg wykazują bardzo szybkie wypełnienie się i zwapnienie ubytku w kręgu.

2) J. M. lat 32. Zmiany destruktywne w 3 kręgach lędźwiowych. Równocześnie zmiany w płucach. Chora 8 miesięcy leżała w łóżku gipsowem, a potem rok chodziła w gorsecie. Cały czas we Lwowie. Rg. wykazuje zupełne zlanie się ze sobą chorych kręgów i idealne zgojenie ognisk.

3) J. O. lat 19. *Tbc. L. III. — IV.* Ropień zimny wielkości głowy dziecka. Zmiany w płucach. Sześć miesięcy chora leżała w łóżku gipsowem. Wydatna poprawa ogólna. 28 5. 32. operacja usztywnienia kręgosłupa metodą własną. 30 6. Gorset gipsowy do chodzenia. 30 8. Rg. wykazał daleko posunięte podgojenie się ogniska w kręgach i dogojenie się płytek kostnych.

Na podstawie przedstawionych i innych przypadków Kol. Gruca stwierdza, że klimat wysokogórski nie nadaje się do leczenia chorych pochodzących z nizin. Stan ogólny poprawia się wprawdzie zwykle szybko, gojenie się ognisk trwa jednak dłużej, niż u chorych leczonych na nizinach lub w klimacie podgórskim, oraz że operacja usztywnienia kręgosłupa w podanej odmianie wywiera niewątpliwie korzystny wpływ na gojenie się ognisk w kręgach, prócz działania mechanicznego — jak w sposobie Albeego. Przenosząc mechaniczny punkt ciężkości na tkankę kostninową, (lepszy sposób), a nie na przeszczep, umożliwia choremu chodzenie o wiele wcześniej, niż to jest dopuszczalnem przy znanych sposobach usztywniania kręgosłupa.

V. *Pokaz dwu przypadków złamań kości udowej* — leczonych sposobem własnym.

1) J. P. lat 42, spadł z drabiny i doznał dwukrotnego złamania przykrętarzowego szyjki, przykrętarzowego lewej kości udowej. Dzień po złamaniu nastawiono odłamki w znieczuleniu miejscowem na stole ortopedycznym i zeszyło je gwoździem Steinmanna, wprowadzonym przez skórę. Gips. Do 3-ch miesięcy złamanie zgojone bez skrócenia z pełną ruchomością kończyny.

2) B. F. lat 70. Złamanie i leczenie identyczne. Do trzech miesięcy zupełny zrost bez przesunięcia odłamków. Przy szwie posługiwano się prostym aparatem konstrukcji własnej, zapewniającym właściwy kierunek gwoździa. Przy użyciu gwoździa Smith-Petersena opatrunek gipsowy nie jest konieczny.

Powyższy prosty sposób, nie narażając chorego na żadne niebezpieczeństwa, daje maksymum szans zgojenia się złamania, o ile nastawienie odłamków przed szwem jest dobre.

VI. *Pokaz 5 przyp. złamań podudzia leczonych operacyjnie.*

1) J. P. lat 40. W sierpniu 1932 złamanie skośne obu kości podudzia, leczone opatrunkiem gipsowym. Do pięciu miesięcy brak zrostu — odłamek dolny przemieszczony o całą prawie szerokość trzonu ku tyłowi. Złamanie odsłonięte i zeszyte płytką metalową i śrubkami. Po trzech miesiącach płytki wyjęto — a miejsce złamania wzmocniono płytką kostno-okostnową z sąsiedztwa. Zrost zupełny w ciągu dalszych 2 mies. Całe leczenie trwało 10 miesięcy.

3) R. I. lat 63, skośne złamanie obu kości podudzia przed 6 tygodniami. W chwili przyjęcia skrócenie o ok. 4 cm. brak zrostu. Złamanie odsłonięto: zreponowano odłamki, zeszyto okrężnie drutem stalowym. Po sześciu tygodniach zrost zupełny.

3) B. T. lat 28, w wrześniu 1932, powikłane skośne złamanie obu kości podudzia. W marcu z chwilą przyjęcia stwierdzono łukowate wygięcie podudzia ku tyłowi i brak zrostu kostnego. Odłamki odsunięto, odświeżono i zeszyto szwem okrężnym. Do czterech tygodni zrost prawie zupełny. Chory rozpoczął obciążanie kończyny w gipsie.

4) H. P. lat 43. W styczniu 1932, skośne złamanie podudzia. Wobec niemożności dokładnego ustalenia odłamków bezkrwawo, po 10 dniach założono szew okrężny drutem. Po czterech tygodniach zrost niemal zupełny, fizjoterapja.

5) L. B. lat 32. złamanie skośne obu kości podudzia. Wobec trudności nastawienia, szew okrężny drutem. Po sześciu tygodniach zrost silny.

Przedstawione przypadki wykazują, że w złamaniach w dolnej połowie podudzia, o ile nastawienie dokładne bezkrwawo nie uda się, jedynie drogą operacyjną można uzyskać szybki zrost i idealny wynik anatomiczny i czynnościowy. W przypadkach operowanych świeżo leczenie trwało 10 — 12 tygodni, w operowanych późno 6 — 10 miesięcy. Długi okres czasu przed zabiegiem był dla chorych bezcelowo stracony.

3. Kol. S o w i ń s k i, czł. T-wa przedstawił:

Przypadek I. Mężczyzna lat 40, podczas przeskakiwania płotu doznał złamania ramienia lewego. Skierowany na oddział, gdzie nałożono wyciąg i szynę elewacyjną Huecka. Po 4 tygod. kontrola; zrost pozwalający na fizjoterapję. Po raz drugi zgłosił się 24. 11 ze złamaniem z miejscu poprzednio zgojonem. Badanie wykazało niedowład nerwu promieniowego. 26 11 wykonano szew kostny okrężny drutem nikielinowym. Podczas operacji stwierdzono interpozycję części miękkich i słabą kostninę. 2. 12 opuścił oddział, obecnie stwierdza się prawidłową funkcję ramienia.

Przypadek II. Kobieta lat 33 podczas jazdy na nartach doznała złamania ramienia prawego. Założono wyciąg i gips, z powodu bólów i niedowładu nerwu promieniowego 19. 2 przyjęta na oddział, gdzie 26. 2. wykonano szew kostny ramienia okrężny podwójny drutem nikielinowym. Podczas operacji stwierdzono interpozycję części miękkich. Po siedmiu dniach opuściła oddział. Obecnie zrost kości ramieniowej bardzo silny, niedowład ustępuje pod wpływem elektryzacji i masaży.

Przypadek III. Kobieta lat 22, wypadła z bryczki i złamała obydwie kości przedramienia prawego. Ponieważ kilkakrotne próby repozycji nie udały się, wykonano 28. 4. 1931 szew kostny obydwu kości przedramienia zapomocą płytek kostnych wziętych z jej własnej piszczeli. Po 3 tygodniach kontrola wykazała idealne ustawienie odłamków, funkcja przedramienia zupełna.

Przypadek IV. Mężczyzna lat 21, upadł na schodach i złamał sobie kość promieniową lewą. Gips założono na 4 tygod. zrost mimo to nie nastąpił. 7. 12. szew kości promieniowej zapomocą drutu prostopadle do płaszczyzny złamania. 14. 12 opuszcza oddział, obecnie funkcja przedramienia zupełnie dobra z małem ograniczeniem supinacji.

Przypadek V. Mężczyzna lat 22. 18. 10 uderzony sztabą żelazną dwukrotnie doznał złamania ramienia i obudwu kości przedramienia prawego. Leczenie konserwatywne pozostało bez efektu, zrost nie nastąpił. Roentgen wykazał dużą dyslokację odłamków. 20. 12 wykonano szew kości promieniowej drutem prostopadle do płaszczyzny złamania, kość łokciową zaś ustalono zapomocą płytki kostnej wziętej z tej samej kości. Po 6 tygod. kontrola, zrost istnieje, jednak jeszcze słaby, funkcja przedramienia jest jeszcze niezupełna, w trakcie leczenia następowego.

Przypadek VI. Mężczyzna lat 26. doznał złamania falangi podstawowej palca III. ręki lewej, na skutek upadku ciężaru. Leczony konserwatywnie bez efektu, Roentgen wykazał dyslokację i brak kostniny, klinicznie zaś stwierdzono *„Pseudoathrosis“* 25. 4 wykonano szew kostny zapomocą bolca kostnego uprzednio przygotowanego z kości udowej wołu. Obecnie jest w trakcie leczenia następowego.

Przypadek VII. Mężczyzna lat 32, od roku leczony na rwę kulszową przez długi okres czasu. Rtg. wykazał narośl kostną na tylnej powierzchni kości skokowej. Operacyjnie usunięto tę narośl. Ruchy w stawie skokowym górnym swobodniejsze, bóle ustąpiły. Etiologja schorzenia nieznana.

Przypadek VIII. Mężczyzna lat 46, w roku 1925 uderzył się podczas pracy skronią lewą o belkę, nastąpiło zranienie, które się szybko zgoiło. W miejscu zranienia występował często guzek, który sczasem się powiększał i zawierał treść ropną. 28. 11. operacyjnie usunięto guz o charakterze ziarniniaka, w środku którego znaleziono pestkę słonecznika, obecnie wyleczony definitywnie.

Przypadek IX. Mężczyzna lat 28, od 2 lat skarży się na bóle w nodze prawej o charakterze rwy kulszowei, klinicznie stwierdzono guzek wielkości orzecha laskowego w dołku podkolanowym umiejscowiony w przebiegu nerwu łydkowego prawego. Guzek operacyjnie usunięto. Rozpoznanie histopatologiczne *„Neuroma“*. Bóle ustąpiły, chory czuje się zupełnie zdrów.

4) Kol. S o ł t y s i k J., czł. T-wa przedstawił *Zastosowanie metody operacyjnej Oudard'a w modyfikacji Grucy* w dwóch przypadkach *nawykowego zwichnięcia ramienia.*

Przypadek I. E. I. lat 40, z zawodu woźny, doznaje siedmiokrotnie zwichnięcia ramienia prawego w ciągu jednego roku, przyczem bezpośrednia przyczyna zwichnięcia staje sie coraz mniej istotna. Ostatnie zwichnięcie ma miejsce w czasie normalnego chodu, mimo aparatu ochronnego, co wpływa na decyzję pacjenta i każe mu szukać pomocy na oddziele.

Przypadek II. H. M. lat 26, służąca. Po raz pierwszy uległa zwichnięciu ramienia lewego w roku 1930 na skutek upadku na bark. Od tej pory zwichnięcie powtarza się pięciokrotnie, przy coraz mniejszem natężeniu urazu, jako czynnika wywołującego.

Krótki opis techniki zabiegu.

W styczniu b. r. zgłasza się na oddział.

W narkozie eterowej wykonuje Doc. Gruca cięcie pionowe, długości około 10 cm od wyrostka kruczego wdół przez rowek barkowo-piersiowy, przecinając skórę i powięź barkowo-piersiową. Tępemi hakami odciąga oba mięśnie i odsłania wyrostek kruczy. Nie przecinając przyczepów mięśniowych, rozszczepia głęboko wyrostek i wklinowuje weń płytkę kostną, długości około 4 cm, szer. około 1 cm, o formie łukowatej, wyciętą z kości piszczelowej w ten sposób, że łukowate wycięcie płytki zwrócone jest ku główce kości ramieniowej. Umacnia górny biegun płytki grubym szwem jedwabnym, przeprowadzonym przez oba ramiona rozszczepu wyrostka i płytkę. — Biegun dolny płytki przeprowadza przez wiązki mięśniowe i opiera o przednią ścianę łopatki poniżej brzegu panewki. Po cofnięciu haków, dzięki przesunięciu się mięśni na właściwe miejsce, uzyskuje ustalenie płytki kostnej w wyżej opisanej pozycji. — Zakłada szwy na powięź i skórę, ustala rękę w opatrunku Dessault'a na okres około 3 tygodni. Po 3 tygodniach stosuje suche ciepło, ruchy bierne kończyny i masaż mięśni.

W zestawieniu z oryginalną metodą Oudard'a, zasługuje na podkreślenie w modyfikacji Grucy znaczne uproszczenie zabiegu, małe bardzo niebezpieczeństwo uszkodzenia większych pni naczyniowych i nerwowych, wreszcie małe niebezpieczeństwo powikłania przez ropienie, wobec faktu, że zabieg dokonany zostaje bez otwarcia torebki stawowej.

Badanie kontrolne stanu obojga pacjentów w kilka miesięcy od zabiegu pozwoliło stwierdzić:

a) Ustawienie płytki na właściwem miejscu (rtgenogram),

b) brak dolegliwości u pacjentów, mimo powrotu do normalnej pracy,

c) całkowitą swobodę ruchów w stawie barkowym.

Niezaprzeczone zalety modyfikacji G r u c y zdają się wróżyć zabiegowi dużą przyszłość.

W dyskusji: Kol. S c h r a m m, czł. T-wa dziękuje za przedstawienie ciekawych przypadków i rzuca myśl częstszego urządzania podobnych posiedzeń.

Sekretarz doroczny: *T. Chorążak.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 22. listopada 1932 r.

1. Kol. Rutkowski J., czł. T-wa przedstawił: *„Przypadek ostrego zapalenia tarczycy"*.

Chora, lat 37, przeszła miesiąc temu anginę z wysoką temp. (do 39°), w następstwie której zaczęła ją boleć szyja. Pozatem bóle, promieniowały w stronę ucha i potylicy, połykanie było bardzo bolesne, ciepłota wysoka do 39°. Prawy płat tarczycy był b. bolesny, powiększony. Pod wpływem leczenia (okłady, proteinoterapja) objawy zapalenia ustępują, ciepłota doszła do normy. W związku z tą chorą przypomina inny przypadek *thyreoiditis acuta* u starszej kobiety obserwowany przed 11 laty na Klinice Chir. (prof. Z. Radlińskiego). W tym przypadku doszło do calkowitego zropienia gruczołu. Wystąpiły objawy głodu tarczycowego. Podawanie preparatów tarczycy nie dało pożądanego wyniku, dopiero przeszczepienie gruczołu, wziętego od innej chorej *(struma neutrale)*, do jamy szpikowej obu piszczeli chorej dało efekt nadzwyczajny. Pacjentka wyzdrowiała.

2. Kol. Szper J. czł. T-wa, omówił *„Wyniki leczenia niektórych zespołów naczyniowych nowemi metodami operacyjnemi (sympatektomia okołotętnicza, wycięcie nadnercza, sympatektomja lędźwiowa)"*.

W dyskusji przemawiali: Kol. Kryński L., Kol. Dębicki K.

Kol. Rutkowski J., omawia przypadek zaburzeń naczyniowych w prawej kończynie górnej, spowodowanych uciskiem przez nadliczbowe żebro szyjne. Usunięcie żebra nie sprowadziło poprawy. Dopiero wycięcie tętnicy ramiennej, która przedstawiała prawie lity powrózek, dało dodatni wynik leczniczy. Sądzi, że w przypadku tym zmiany w okołotętniczym splocie współczulnym odruchowo wywoływały zaburzenia.

Kol. Zawadowski W. podaje, że rozszerzenie naczyń można otrzymać naświetlaniem promieniami X. Działają one na zwoje współczulne oraz na mięśnie gładkie ściany naczyniowej. Naświetlania te są zupełnie nieszkodliwe i można je odpowiednio dawkować.

Kol. Szper J.

3. Kol. Michałowicz M., czł. T-wa, omówił: *„Rolę czynników wewnętrznych w patogenezie zapaleń u dzieci"*.

4. Kol. Przesmycki F. omówił *„Procesy odpornościowe i seroterapię zapaleń płuc"* (streszczenia nie nadesłał).

W dyskusji nad odczytami kolegów Michałowicza M. i Przesmyckiego F. przemawiał: Kol. Stankiewicz R.

5. Kol. Loth E. czł. T-wa, przedstawił na filmie *„Metody badania odmian mięśniowych u ludzi żywych"*.

Referent przedstawia nową metodę badań antropologiczno-anatomicznych, która toruje sobie obecnie drogę na całym świecie, a w którym to kierunku Warszawa zajmuje przodujące stanowisko.

Została założona międzynarodowa komisja do tych badań (Comité intern. des Recherches sur les Parties molles. Cirp) kierowana z Warszawy.

Metoda polega na ustalaniu na znacznych serjach ludzi żywych % odmian dostępnych dla oka, a znanych z ich wartości filogenetycznej uprz. m. *sphincter colli prof., m. transversus menti, m. sternalis, arcus axillaris, m. palmaris absens, m. gastrocnemius tertius, m. peronaeus tertius.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 29. listopada 1932 r.

Kol. Fiszhautówna i Grzybowski M., czł. T-wa przedstawiają przypadek choroby *Bourneville'a (sclerosis tuberosa)*.

W przypadkach typowych choroba Pringle jest łatwa do rozpoznania, chodzi zazwyczaj o guzki rozmaitej barwy i konsystencji ułożone w fałdach nosowo-policzkowych, rzadziej na szyi i w innych miejscach twarzy.

Z punktu widzenia morfologicznego odróżnia się kilka postaci:

a) *varietè blanche — Balzera.*

b) *varietè rouge et molle Pringle,*

c) *varietè dure Darier-Hallopeau.*

Te różnice morfologiczne polegają na rozmaitym udziale rozmaitych składników skóry — gruczołów, naczyń, tkanki łącznej nie mają one też znaczenia zasadniczego; często u tego samego chorego spostrzega się rozmaite wykwity. W danym przypadku chodzi o postać poronną, trudną do rozpoznania, można już morfologicznie sądzić, że chodzi tu o zaburzenia gruczołów łojowych i tkanki łącznej.

Schorzenie to zalicza się do dysplazyj rozwojowych, do znamion *naevi systematisati (multipler systematischer Gesichtsnaevus Jadassohn).*

Pojęcie znamion uległo tak znacznej rozbudowie i przerostowi, że grupą tą zaczęto obejmować stany bardzo odległe od siebie. To doprowadziło do tego, że termin ten stał się małomówiącym.

Obecnie pod wpływem współistnienia tego schorzenia ze zmianami rozwojowemi innemi w szczególności w układzie nerwowym uważa się schorzenie to za wyraz schorzenia układowego, przeciwko czemu też można przytoczyć argumenty.

Masson chce widzieć w tego rodzaju zmianach zaburzenia rozwojowe zakończeń nerwowych.

2. Kol. Rutkowski J. czł. T-wa, przedstawia pokaz chorej po operacji *Frasiera przecięcia pozazwojowego korzonka czuciowego n. trójdzielnego* z powodu ciężkiej postaci nerwobólu.

Przedstawiony przypadek należy do najcięższych, gdzie wszystkie środki nieoperacyjnego leczenia zostały wyczerpane, względnie zastrzyknięcie do zwoju okazało się technicznie niemożliwe. Wówczas pozostaje jedynie zabieg krwawy do wykonania. Dawniejsza operacja Krausego, — wycięcie, ma niewielu już zwolenników, gdyż daje dużą śmiertelność (10%). Znacznie bezpieczniejszą jest operacja późniejsza Frasier'a, przecięcie korzonka czuciowego nerwu, gdyż daje zaledwie około 1% śmiertelności, szanse wyleczenia przy dokładnem wykonaniu są jednakowo dobre, a wobec możności zaoszczędzenia gałązek ocznych, usuwa niebezpieczeństwo powstania *keratitis neuroparalytica.* W naszym przypadku nerwoból 1-ej i 2-ej gałęzi nerwu V prawego trwał przez lat kilkanaście, były wyczerpane wszystkie możliwe środki leczenia, łącznie z wyrywaniem nerwu. Dojście do zwoju Gassera igłą okazało się niemożliwem, wskutek zatarasowania drogi bliznami powstałemi po wielokrotnych wstrzyknięciach alkoholu u podstawy czaszki. Wykonany zabieg, operacja Frasier'a, odrazu dał wyleczenie. Nasza pacjentka ma lat 54.

W dyskusji przemawiali: Kol. Kryński L., Kol. Sławiński Z., czł. T-wa, w roku 1928 w Filadelfji widział operacje dokonywane przez samego Frasiera. Materjał Frasiera wynosił wówczas 352 chorych. Fr. ma specjalną aparaturę przystosowaną do zabiegu. Wznowy miał tylko 1 raz. Śmiertelność dokładnie nie określał, podawał jednak, że jest ona mniejsza niż przy innych metodach. Fr. przecina tylko część czuciową, przyczem preparuje pęczek po pęczku. Pierwsza część operacji jest wykonana w uśpieniu, druga w znieczuleniu miejscowem. Chory podczas zabiegu siedzi. Pozatem w Ameryce jest stosowana metoda Dandy'ego — w której dochodzi się do zwoju Gassera od strony móżdżku. Kol. Sławiński w oddziale wykonał 4 razy operację Frasiera z wynikami zadawalniającemi, uważa jednak zabieg za bardzo ciężki.

Kol. Higier H., czł. T-wa: neurologji samoistnej twarzy nie należy mieszać z nerwobólem objawowym, zazwyczaj ostrym, pogrypowym lub poneżytowym. *Neuralgia genuina* jest *par excellence* przewlekła, dotyczy osób starszych, przebiega stereotypowo, w paroksyzmach daje objawy naczynioruchowe i kurcze napadowe twarzy.

Neuralgia trigemini genuina, czy jest zależna od chronicznej sprawy septycznej zębodołowej, czy też od jakiejś innej nieznanej *noxa irritativa* może mieć swój punkt wyjścia w każdym odcinku nerwu czuciowego, od obwodu do zwoju Gassera włącznie. Toteż interwencja chirurgiczna historycznie szła tą drogą, od obwodu w głąb, i doszła, jak dotąd, do oddzielnych gałązek, do korzonków anatomicznych i do zwoju Gassera, który stanowi odpowiednik morfologiczny, *ganglii intervertebralis.*

Usuwanie zębów, zatruwanie 3-ch gałązek nerwu w punkcie wyjścia ich z czaszki na oowód rzadko daje stałe wyniki w ciężkich nerwobólach.

Higier miał dość dobre wyniki przy metodzie Härtla, metodzie alkoholizacji zwoju Gassera, przez *foramen ovale,* zabiegu trwającym u dobrego technika niecała minutę, zabiegu, który stosował przed 15 laty często i pierwszy go opisał u nas, wymieniając wówczas liczne i nieznane zagranicą powikłania, wprawdzie przemijające, z wyjątkiem *keratitis neuroparalytica.* Tylko zupełne znieczulenie twarzy gwarantuje wyleczenie korzystne lub poprawę długoletnią.

Metoda ta jest godna polecenia w porównaniu z bardziej radykalną operacją Krausego usunięcia zwoju Gassera, technicznie trudną i dającą w podeszłym wieku niemały odsetek śmiertelności.

Resectio retroganglionaris jest technicznie też niełatwa, w wykonaniu ma atoli przewagę, że usuwa wyłącznie korzonek czuciowy, nim się łączy w zwoju z ruchowym i daje — conajmniej w rękach Frasiera rozporządzającego materjałem 700 osób — prawie w 100 wynik dodatni (1/4% śmiertelności). O proponowanej ostatnio również przez amerykańskiego neurochirurga, przez Dandy'ego, *resectio juxtapontica* czyli usunięciu korzonka czuciowego w pobliżu mostu Varola Europa jeszcze nie posiada własnego doświadczenia. Ma ona być technicznie łatwiejsza, ale odbywa się na terenie tylnej jamy czaszkowej, której chirurdzy, zwłaszcza nasi chętnie unikają.

Nerwoból twarzy obustronny — o ile nie jest psychogenny — należy do rzadkości i był niejednokrotnie operowany w dwóch tempach.

Tu i owdzie *plaque sklerotyczny* w *sclerosis disseminata* usadawia się w pobliżu zwoju Gassera, dając ciężki nerwoból twarzy jako objaw wczesny choroby.

Kol. Byszewki wspomina o chorej, którą obserwował w ciągu 7 lat — z powodu nerwobólu. Stosowanie alkoholu, przecięcie n. czuciowych — poza przemijającą poprawą nie dało wyników. Wówczas zdecydowano się na operację Frasiera, przyczem nie udało się uniknąć *keratitis neuroparalytica*. Po roku chora czuje się dobrze i nawet pogodziła się z utratą oka. Trudności operacji Frasiera polegają na niebezpieczeństwie krwotoku, zarówno z większych tętnic, jak i małych naczyń, oraz na braku oświetlenia przy operowaniu na dość znacznej głębokości. Frasier ma specjalnie dostosowane oświetlenie.

Kol. Rutkowski.

Kol. Chodkowski K. czł. T-wa przedstawia: z powikłań duru brzusznego: a) *ropne zapalenie chrząstki pierścieniowatej krtani* i b) *dziurawiące zapalenie pęcherzyka żółciowego u dziecka.*

Ostre zapalenia pęcherzyka żółciowego u dzieci wogóle rzadkie, najczęściej powstają w przebiegu chorób zakaźnych (dur brzuszny, paratyfus, płonica, grypa i inn.) oraz w przebiegu zakażeń ogólnych, zwłaszcza drobnoustrojami ropotwórczemi.

Wśród 27 przyp. badań pośmiertnych zwłok dzieci (do lat 15) zmarłych z powodu duru brzusznego, makroskopowo i mikroskopowo prelegent stwierdził ostre zmiany zapalne pęcherzyka żółciowego w 12 przyp. (8 razy zapalenie t. zw. nieżytowe, 2 razy ropne i 2 razy zgorzel z przebiciem) t. j. w 44,4% przyp. Występowały one naogół niezależnie od okresu przebiegu duru (I — 3 przyp., II — 1 przypadek, III — 5 przypadków, IV — 1 przyp., po wygojeniu zmian w jelitach — I w dorzucie — 1), najczęściej jednak w I. i III. okresie anatomicznym duru. Podkreślić trzeba, że najcięższe zmiany, t. j. zapalenie wikłane zgorzelą, stwierdzono w 1 przypadku już po całkowitem wygojeniu się zmian w jelitach, 2 zaś znaleziono, obok świeżych blizn w jelicie cienkiem, oczyszczone wrzody durowe w kątnicy i wstępnicy (dorzut).

Zejście zapaleń zwykłych nieżytowych pęcherzyka żółciowego zazwyczaj jest pomyślne dla ustroju. Również i powierzchowne zapalenia ropne mogą cofać się, nie zostawiając śladu. Natomiast głębokie zapalenie ropne (ropowicze) i zapalenia powikłane zgorzelą łatwo doprowadzają do pęknięcia ściany pęcherzyka żółciowego.

Kol. Gorecki Zdz. czł. T-wa wygłosił odczyt p. t.: *„O leczeniu bodźcowem duru brzusznego"*. Prelegent przedstawia wyniki leczenia duru brzusznego na oddziale szpitala św. Stanisława w 3 epidemjach (1929, 1931 i 1932). Ogólna liczba leczonych: przeszło tysiąc, leczonych zapomocą metody bodźcowej: 277 chorych. Do leczenia bodźcowego wybierano tylko ciężej chorych lub o przewlekającym się przebiegu. Stosowano następujące środki: metale koloidowe, drogą domięśniową (Kollargol, argentol i aurol Karpińskiego), autohemoterapję, preparaty bizmutowe (Quinby, Quinby soluble, Bism. Choulmograe, Gessner i Cardyl Spiessa), mleko domięśniowo, urotropinę dożylnie (20 — 40%) a nadto P. Losphacid. Próbowano też leczyć metodą kombinowaną.

Wartość lecznicza poszczególnych środków przedstawia się wzrastająco, jak następuje: złoto i srebro koloidowe (47 przyp., 44.7% niepowodzeń), autohemoterapja (przyp. 40, niepowodzeń 32.5%), Bism. Chaulmograe (przyp. 47, niepowodzeń 29,8%), Quinby soluble (przyp. 51, niepowodzeń 19,7%) i Quinby (przyp. 44, niepowodzeń 16,0%). Na 229 przypadków ogólny odsetek niepowodzeń wynosił 28.4%.

Leczenie duru brzusznego zapomocą preparatów bizmutowych przedstawia pewien postęp, choć działanie tych środków ani nie jest swoiste, ani też niezawodne. Na korzyść leczenia bizmutem przemawia brak ujemnego wpływu dodatkowego (ogólnego i miejscowego). Nieco gorsze, choć też zachęcające wyniki otrzymał prelegent w stosowaniu autohemoterapji. Leczenie kombinowane lub frakcyjne daje wyniki gorsze od leczenia prostego.

W dyskusji przemawiali: Kol. Karwacki, Kol. Grzybowski, Kol. Pekielis R., przytacza dwa przypadki duru brzusznego, w których stosowanie heterohemoterapji (krew była brana od osób, które dur już przechodziły) nie zapobiegło w jednym przypadku śmiertelnemu krwotokowi płucnemu w 14-tym dniu choroby, (przyczem w przeddzień krwotoku stosowano również surowicę końską), w drugim zaś mimo 15 zastrzyknięć krwi po przemijającym nieznacznym spadku ciepłoty do 38° nietylko nie uzyskano skrócenia czasu trwania choroby lecz nawet po 10 dniach stanu bezgorączkowego wystąpił nawrot trwający trzy tygodnie.

Hemoterapja (auto czy hetero) należy do środków, które bynajmniej nie mogą uchodzić jako bezwzględnie pewne; w pewnym odsetku przypadków może wywierać wpływ korzystny w przebiegu duru, w znacznie większym jednak zawodzi.

Kol. Flis St. i Nowosadko G. wygłaszają odczyt p. t.: *„Krwinki białe w durze brzusznym"*, przedstawiając wyniki badań własnych, przeprowadzonych na materjale 313 przypadków duru.

Leukopenja poniżej 6.000 występowała w II. okresie choroby w 66,7% przypadków. Liczby ciałek białych poniżej 2.000 otrzymano w czterech przypadkach, które zakończyły się śmiertelnie. Najniższa liczba ciałek białych wynosiła 1660. Pozatem 5,6% niepowikłanych powyżej 8.000, przyczem najwyższa liczba c. b. wynosiła tu 12.950. W okresie zdrowienia leukopenja utrzymywała się w 28% przypadków, natomiast leukocytoza występowała w 21,3% przypadków. Najwyższa liczba c. b. w tym okresie w przypadku niepowikłanym — 16.540.

Co się tyczy zachowania się obojętnochłonnych i limfocytów, to pod tym względem prelegenci otrzymywali wyniki naogół zgodne z piśmiennictwem, a więc w przypadkach niepowikłanych stopniowo wzrastającą limfocytozę z równoczesnem zmniejszaniem się liczby obojętnochłonnych.

W jednym przypadku duru liczba obojętnochłonnych obniżyła się w III. okresie nawet do 297, co stanowiło 8,5% liczby ogólnej c. b. Tylko w nielicznych przypadkach duru brzusznego przez cały przebieg choroby stwierdzano neutrofilję względną. W obrazie obojętnochłonnym znajdowano zwykle przesunięcie w lewo.

W materjale prelegentów zasługuje na uwagę występowanie ciałek kwasochłonnych w 6,3% przypadków duru na wysokości schorzenia. Znajdowano je w II. okresie choroby zarówno w przypadkach ciężkich, jak i lekkich, przeważnie w odsetkach niewielkich. W okresie zdrowienia dochodziło niekiedy do znacznej eozynofilji, np. w jednym przypadku w 24-tym dniu bezgorączkowym liczba kwasochłonnych wynosiła 2.115, co stanowiło 22,5% liczby ogólnej ciałek białych. W przypadku tym w okresie gorączkowym komórek kwasochłonnych nie znajdowano.

Monocyty naogół nie wykazywały charakterystycznych zmian. Ilość ich w materjale prelegentów wahała się w przebiegu duru przeważnie w granicach 1 — 7%.

Kol. Franio Z., wygłasza odczyt p. t.: *„Kilka rysów charakterystycznych duru brzusznego"*.

W dyskusji przemawiali: Kol. Bartoszek T., Luxemburg, Galinowski Z., Kruszówna M., Orłowski O., Flis St.

Prezes: *Witold Orłowski.*

Zastępca Sekretarza Dorocznego: *M. Kruszówna.*

KOMUNIKAT.

Ministerstwo Opieki Społecznej.

Warszawa, dnia 30 czerwca 1933 r.

Surowice przeciw jadowi żmij i zapaleniu przednich rogów rdzenia.

Okólnik Nr. 27/33.

Do Panów Wojewodów i P. Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Dział Surowic i Szczepionek Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie wprowadzi w najbliższym czasie do handlu **w opakowaniu własnem** dwie surowice, otrzymane na zasadzie wymiany w myśl Porozumienia z Państwowym Zakładem Higjeny w Pradze i Zagrzebiu a mianowicie:

a) surowicę przeciw jadowi żmij wyrabianą w Zagrzebiu,

b) surowicę ozdrowieńców przeciw zapaleniu przednich rogów rdzenia (Heine Medina) przygotowaną w Pradze.

Obie surowice wypuszczone będą w opakowaniu, zawierającem 1 fiolkę à 10 cm^3.

Ze względu na trudność otrzymania surowicy przeciw zapaleniu przednich rogów rdzenia (Heine Medina) i wysoki koszt tejże, Państwowy Zakład Higjeny będzie rozporządzał tylko ograniczoną ilością tej surowicy. W związku z tem i w celu utrzymania kontroli nad racjonalnem jej zużyciem, surowica przeciw chorobie Heine Medina wydawana będzie narazie wyłącznie na zapotrzebowania — lekarzy, zakładów leczniczych lub aptek ale tylko na receptę lekarską — skierowane bezpośrednio do Biura Sprzedaży Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie (ul. Chocimska 24), przyczem wydana i niezużyta surowica nie będzie podlegała wymianie po upływie terminu ważności.

Cena surowicy przeciw jadowi żmij wynosić będzie dla aptek 4 zł za 1 fiolkę a w sprzedaży detalicznej 6 zł; zaś cena surowicy ozdrowieńców przeciw zapaleniu przednich rogów rdzenia (Heine Medina) wynosić będzie w detalu za 1 fiolkę 8 zł.

O tem zechce Pan Wojewoda powiadomić wszystkich na terenie Województwa zamieszkałych lekarzy, aptekarzy oraz wszystkie zakłady lecznicze.

Dyr. Departamentu Służby Zdrowia: *Dr. J. Adamski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Dziekanem Wydziału Lekarskiego w Paryżu został wybrany prof. anatomji patologicznej G. Roussy, znany ze swej działalności na polu walki z rakiem.

Zmarli.

Dr. Emil Dawidowicz, długoletni lekarz sądowy zmarł we Lwowie 25 lipca b. r.

Sprawy zawodowe.

Nauczanie medycyny staje się problemem, który coraz natarczywiej wymaga rozwiązania. Jak wynika z ankiety rozpisanej przez Ligę Narodów i zarządzeń różnych państw, usiłowania idą w dwu kierunkach. Staraniom zapoznania studenta ze wszystkiemi działami medycyny, które rozwijają się coraz bujniej; staje na przeszkodzie czas, gdyż okres studjów medycznych zwiększa się coraz bardziej; Wydział lekarski zbliża się wtedy raczej do szkoły zawodowej. Druga grupa projektowanych reform stara się dać słuchaczowi podstawowe wiadomości z zasadniczych działów biologji i medycyny; zapoznanie się z całym łańcuchem specjalności odkłada do okresu praktyki szpitalnej. I tu jednak sprawa czasu staje się poważną przeszkodą, gdyż w rezultacie projekty tych reform przerzucają nauczanie praktyczne studenta z klinik uniwersyteckich na bardziej samodzielną pracę po ukończeniu studjów, przyczem usiłują zmusić młodego lekarza rozporządzeniami administracyjnemi do przebycia tej praktyki. W pierwszych dniach lipca b. r. obradowała francuska Rada Najwyższa Oświaty Publicznej nad reformą nauczania medycyny. Postanowiono: dla pierwszego rygorozum zastąpić nauki przyrodnicze studjami biologicznemi; przedłużyć studja lekarskie do sześciu lat, pogłębić nauczanie i egzamina w kierunku klinicznym i praktycznym. Rozporządzenia szczegółowe zostaną wydane później i zapoznają dokładniej z zasadami tych zmian.

Medycyna społeczna.

Badania Władz nad stanem sanitarnym mieszkań w Warszawie dały obraz bardzo złych warunków higienicznych, w jakich mieszka większość ludności. Okna 65% mieszkań wychodzą na podwórze. Na jeden dom wypada 86 mieszkań, podczas gdy liczba ta wynosi w Berlinie 75.9, w Wiedniu 50.8, w New-Jorku 20.4, w Londynie 7.8, w Paryżu 3.8.

Medycyna społeczna jako osobny dział zyskuje sobie coraz szersze podstawy tak w życiu jak i na uniwersytetach. Przyświeca jej cel skierowania wszystkich środków, jakiemi medycyna rozporządza, przeciw wszelkim czynnikom, które wpływają ujemnie na siłę życiową społeczeństwa. W maju b. r. poświęcono nowe budynki Instytutu medycyny sądowej i społecznej w Lille, którego kierownikiem jest prof. Leclercq.

Różne.

Pomnik prof. Widala został odsłonięty w Paryżu 8. VII. b. r. w szpitalu Cochin. Pomnik dłuta rzeźbiarza Lewandowskiego przedstawia popiersie wielkiego uczonego, po obu zaś bokach mieszczą się dwie płaskorzeźby, na których widzimy Widala w otoczeniu swych najbliższych współpracowników: po lewej stronie jako badacza w pracowni przy mikroskopie, po prawej jako lekarza przy łóżku chorego.

10. lipca b. r. został otwarty w Paryżu uroczyście Międzynarodowy Zjazd Pielęgniarek. W zjeździe wzięło udział 2500 delegatek z całego świata. Po obradach w Paryżu przeniósł się zjazd do Brukseli, gdzie został zamknięty 15. VII. b. r.

Sprawa t. zw. domów rakowych zyskała nowy przyczynek. Jak wiadomo istnieją przypuszczenia, że mieszkańcy pewnych domów zapadają na raka. Istnieją kroniki takich budynków, gdzie rak podobno od lat się gnieździ. 4. lipca przedstawił prof. Roussy Akademji medycznej w Paryżu statystykę dra Marquis, dyrektora ośrodka przeciwrakowego w Rennes. Praca oparta na $2^1/_2$ tysiącach przypadków raka wykazuje, że zaledwie 0,04% przypada na zachorowania w tych samych mieszkaniach.

Życie filmu trwa już tak długo, że przechodzi on do bibljotek, tworzonych specjalnie dla tego celu i wyposażonych w specjalne urządzenia techniczne. Stary film rozrywkowy jest dokumentem dla studjów nad rozwojem kina, z biegiem lat zyska dokumentarną wartość dla obyczajowości swej epoki. Film naukowy stanowi najpewniejszy i najłatwiejszy zarazem do odtworzenia sposób notowania faktów z doświadczeń naukowych i obserwacyj przyrody. Dla wielu gałęzi wiedzy staje się już niezbędny i coraz częściej towarzyszy wykładom uniwersyteckim i popularnym. W medycynie jedynie film potrafi zanotować i odtworzyć szczegóły techniki chirurgicznej. Film jest również najdoskonalszym obserwatorem, pomocnikiem przyrodnika biologa. Dla przedstawienia dotychczasowych wyników korzystania z pomocy filmu i zastanowienia się nad dalszemi możliwościami zbierze się w Paryżu od 5—7 października b. r. I zjazd poświęcony fotografji i filmowi jako dokumentom dla nauk lekarskich i biologicznych.

Samobójstwo przez zastrzyk dożylny kultury wąglika opisuje Die med. Welt Nr. 21—22. Mimo natychmiastowego zastosowania dużych dawek surowicy rozwinęły się typowe dla wąglika gwałtowne objawy w ciągu kilku godzin. Po trzech dniach chory zmarł.

Komunikaty.

Min. Opieki Społecznej wydało okólnik w sprawie szczepienia zimnicy, w którym zwraca uwagę kierowników zakładów leczniczych na szereg środków zapobiegawczych. 1) Chorzy, którym zaszczepiono zimnicę, powinni być umieszczeni w specjalnych pokojach, położonych możliwie na najwyższem piętrze zakładu. Okna tych pomieszczeń powinny być w miarę możności zabezpieczone siatkami od komarów, chorzy zaś nie powinni opuszczać swoich pomieszczeń po zachodzie słońca. 2) Jeśli okolica zakładu leczniczego jest bagnista lub mokra i posiada warunki dla rozwoju komarów widliszków (anopheles), należy w czasie lęgu komarów, t. j. od drugiej połowy maja do połowy września co 14 dni tępić ich larwy, spryskując powierzchnię wód stojących olejem wazelinowym, względnie posypując ją zielenią paryską. Bliższych wskazówek co do sposobów walki z komarami udziela na żądanie Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej, który przeprowadza również w Państwowym Zakładzie Higjeny krótkie wyszkolenie osób, mających wykonywać akcję zwalczania plagi komarów. 3) Ponadto należy przeprowadzać perjodyczne rewizje sal, w których przebywają chorzy szczepieni zimnicą, na obecność dorosłych widliszków i tępić je systematycznie najlepiej zapomocą rozpylania płynu Giemzy. 4) Leczenie zapomocą szczepienia zimnicy powinno odbywać się tylko w zamkniętych zakładach leczniczych, a nie ambulatoryjnie, a to tak ze względów zapobiegania szerzeniu się zimnicy, jak również ze względu na potrzebę stałej obserwacji lekarskiej w czasie stosowania tych szczepień. 5) U leczonych zapomocą szczepienia zimnicy, przed opuszczeniem przez nich zakładu leczniczego, należy według wskazań Prof. Wagnera przeprowadzić krótkie leczenie końcowe przez podawanie siarczanu chininy (Chininum sulfuricum) w ciągu 7 dni, a to przez pierwsze trzy dni po jednym gramie dziennie w 2 dawkach po 0,5 g w odstępach dwugodzinnych; przez następne 4 dni codziennie jednorazowo po 0,5 g tego preparatu.

Redakcja otrzymała:

S. Szulc i S. Jogelson: Badania nad rozrodczością w Polsce. Część I. Pol. Instytut Bad. Zagadnień Ludnościowych. Warszawa. 1933.